

Unterschiede beim Stillverhalten türkischer Migrantinnen in Deutschland und türkischer Frauen in der Türkei

INAUGURALDISSERTATION

zur Erlangung des Grades
eines Doktors der Medizin

des Fachbereichs Medizin der
Justus-Liebig-Universität Gießen

vorgelegt von

Suzan Gökmen Sepetcigil
geb. Gökmen

aus Marburg

Gießen 2015

Aus dem Institut für Ernährungswissenschaft
der Justus-Liebig-Universität Gießen
Geschäftsführende Direktorin: Prof. Dr. M. Neuhäuser-Berthold

Betreuer:	Prof. Dr.med. M. Krawinkel
Gutachter:	Prof. Dr. med. Dr. h.c. H.-R. Tinneberg
Tag der Disputation:	28.06.2016

Meinen Eltern

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	I
1 Einleitung.....	1
1.1 Ziel der Arbeit.....	2
1.2 Stillen und Beifütterung.....	2
1.2.1 Stillbeginn und Stilldauer	2
1.2.2 Ernährungsformen in den ersten Lebenstagen.....	4
1.2.3 Definitionen unterschiedlicher Stillarten.....	4
1.3 Einflussfaktoren auf die Stilldauer	7
1.3.1 Risikofaktoren beim Stillen nach Leitlinien des ILCA	7
1.3.2 Soziale und kulturelle Einflussfaktoren.....	8
1.3.3 Genuss von Nikotin	9
1.3.4 Religiöse und soziale Einflussfaktoren.....	9
1.3.5 Integrationsgrad als Einflussfaktor	10
1.4 Initiative zur Stillförderung	11
1.5 Vorteile des Stillens	11
1.5.1 Auswirkungen des Stillens auf die Gesundheit des Kindes	11
1.5.2 Auswirkungen des Stillens auf die Gesundheit der Mutter	15
2 Methoden/Probanden	17
2.1 Einbindung der Patienten in die Studie.....	17
2.2 Studienpopulation	17
2.3 Statistische Methoden	20
2.3.1 Kreuztabellen und Chi-Quadrat-Test.....	20
2.3.2 T-Tests	20
2.3.3 Multiple Regression.....	20
3 Ergebnisse.....	22
3.1 Beschreibung der Studienpopulation	22
3.1.1 Altersverteilung	22
3.1.2 Bildungsdauer der Eltern	23
3.1.3 Anzahl der Kinder in der Familie	25
3.1.4 Anzahl der Wohnungszimmer der Familien.....	25
3.2 Daten zur Geburt der Kinder der Studienteilnehmerinnen	26
3.2.1 Geburtsart	26
3.2.2 Geburtsgewicht	27
3.3 Nahrungsversorgung der Säuglinge	29
3.3.1 Gesamtstilldauer	29
3.3.2 Erstes Anlegen	30
3.3.3 Zwischenfütterung	31
3.3.4 Beginn der Gabe von Flaschennahrung.....	32
3.3.5 Beginn der Breinahrung/Beikost	32
3.3.6 Beginn der Gabe fester Nahrung	33
3.3.7 Stillrhythmus	34
3.3.8 Genussmittel der Mutter während der Stillzeit.....	35

3.4	Unterstützung der Stillenden	37
3.4.1	Professionelle Unterstützung durch Ärzte und Hebammen	37
3.4.2	Persönliche Unterstützungen durch Ehemann, Eltern und Freunde	38
3.5	Multiple Regression	39
4	Diskussion	45
4.1	Erhebungsmethoden.....	45
4.2	Einflussfaktoren	45
4.3	Diskussion der eigenen Ergebnisse und der Literatur	46
	Zusammenfassung.....	64
	Summary	66
	 Abkürzungsverzeichnis	 68
	Abbildungsverzeichnis	69
	Tabellenverzeichnis.....	70
	Literaturverzeichnis.....	71
	Anhang - Promotion des Stillens.....	84
	Anhang – Fragebogen	86
	Erklärung zur Dissertation	95
	Danksagung	96
	Lebenslauf	Fehler! Textmarke nicht definiert.

1 Einleitung

In den verschiedenen Kulturkreisen der Erde existieren unterschiedliche kulturell und historisch geprägte Auffassungen, wie lange und intensiv ein Säugling gestillt werden soll. Internationale Organisationen, wie die United Nations Children's Fund (UNICEF) und die World Health Organization (WHO), empfehlen, Kinder mindestens bis zum zweiten Lebensjahr zu stillen. Dagegen wird in Deutschland und anderen Industrieländern empfohlen, so lange zu stillen, wie Mutter und Kind dazu bereit sind (WHO 1995, UNICEF 1999). Eine Verkürzung der Stilldauer wird durch den frühzeitigen Einsatz von Milchersatzprodukten oder Beikost möglich (Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. 2000). In Entwicklungsländern stillen Mütter im Durchschnitt länger als in Industrieländern. Die Vorteile einer langen Stilldauer sind bereits gut untersucht: Die Kinder unterliegen einem geringen Risiko zu erkranken und zu sterben; Übergewicht, Allergien, Asthma und Diabetes mellitus treten seltener auf (Hanson et al. 2001, Scherbaum 2003, Duijs et al. 2010, Burr et al. 1993, Oddy et al. 1999 und andere).

Die Prävalenz des Stillens ohne Gabe weiterer Milchersatzprodukte und Beikost liegt weltweit bei durchschnittlich etwa 35 % (WHO INT 2001). Die globale Verteilung ist recht unterschiedlich. Die WHO gibt an, dass im europäischen Raum lediglich 25 %, in Südostasien jedoch 43 % der Säuglinge ausschließlich gestillt werden (WHO Europa 2015). Säuglinge in Deutschland erhalten sogar in weniger als 10 % der Fälle von ihren Müttern bis zum sechsten Lebensmonat Nahrung ohne Ergänzungsprodukte (Dulon und Kersting 2000). Innerhalb der ersten beiden Lebensmonate sinken die Stillraten deutscher Mütter signifikant ab; nach sechs Monaten werden 50 % der Säuglinge nicht mehr gestillt (Weissenborn et al. 2015). Im Durchschnitt werden 22,4 % der Säuglinge in Deutschland sechs Monate lang ausschließlich gestillt. Die mittlere Stilldauer für das ausschließliche Stillen beträgt 4,6 Monate, die mittlere Stilldauer aller von Lange et al. untersuchten Gruppen 6,9 Monate (Lange et al. 2007). Fraglich ist zudem, welche Auswirkungen Migrationsbewegungen auf die Stilldauer haben können.

1.1 Ziel der Arbeit

Ziel der vorliegenden Arbeit ist daher die Erfassung der Stilldauerunterschiede von türkischen Müttern in der Türkei und in Deutschland. Ein weiteres Ziel ist es zu überprüfen, inwieweit soziodemographische Unterschiede, wie das Alter der Mütter, die Bildung der Eltern, verschiedene Unterstützungssysteme oder ihre Rauchgewohnheiten, dazu beitragen, dass die Stilldauer der Mütter in der Türkei im Vergleich zur Stilldauer türkeistämmiger Mütter in Deutschland unterschiedlich ist. Die Datenerfassung erfolgt durch eine Befragung von Müttern in der Türkei und Migrantinnen mit türkischem Hintergrund, die in Deutschland leben.

1.2 Stillen und Beifütterung

1.2.1 Stillbeginn und Stilldauer

Es gibt weltweit viele Neugeborene, bei denen der Stillbeginn verzögert und denen damit das Kolostrum vorenthalten wird. Diese Verzögerung des Stillbeginns scheint bei Erstgeborenen besonders ausgeprägt zu sein (WHO 2001). In den Vereinigten Arabischen Emiraten stillen etwa die Hälfte der Frauen ihre Neugeborenen nicht am ersten Lebenstag; dieses Verhalten wird bei jungen Müttern, komplizierten Entbindungen, niedrigem Geburtsgewicht und Unwissenheit über die Vorteile von Kolostrum mit größerer Häufigkeit beobachtet (AL-Mazroui et al. 1997). In Industrieländern wird insbesondere nach einer Schnittgeburt der Stillbeginn häufig verzögert (Ever-Hadani 1994). Das erste Anlegen kann demnach die Stilldauer beeinflussen. WHO und UNICEF (1989) empfehlen einen Stillbeginn innerhalb von 30 min nach der Geburt.

WHO und UNICEF (1990) empfehlen für die Gesamtstilldauer: „*Kinder sollten bis zum Alter von 2 Jahren und darüber hinaus weiter gestillt werden.*“ Kinder in Regionen, in denen Infektionskrankheiten weit verbreitet sind, sollen nach Ansicht der WHO zusätzlich im 3. Lebensjahr von den Vorteilen der Muttermilch profitieren können (WHO Kopenhagen 2000). Nach Kenntnissen der UNICEF (2001) werden mit Beendigung des ersten Lebensjahres weltweit ca. 80 % und nach zwei Jahren etwa 50 % der Kinder teilweise gestillt.

Einwanderinnen führen häufig das für ihr Herkunftsland typische Stillverhalten im Einwanderungsland fort. Eine geringe Anzahl von Migrantinnen bietet den Säuglingen sehr früh Ersatznahrung an. (Habermann 1999, S. 278ff)

Langes Stillen wird durch die in Tabelle 1 aufgeführten Faktoren begünstigt.

Tabelle 1: Faktoren mit einem positiven Einfluss auf die Stildauer

In Industrieländern	In Entwicklungsländern
höherer Bildungsstand der Eltern	Leben nach überlieferten Verhaltensmustern
höheres Alter der Mutter	geringere Schulbildung
Unterstützersysteme	Wohnen in ländlichen Gebieten
Mutterschutzgesetzte	
Co-Sleeping*	
keine Einnahme von Nikotin	

* Co-Sleeping bezeichnet nach Paky (2006) „Gemeinsames Schlafen von Eltern und Kind in Arm-längendistanz“

Einen wesentlichen Einfluss auf die Dauer des Stillens hat nach Untersuchungen des Robert-Koch-Instituts (RKI) der Bildungsstand der Mutter (Abbildung 1).

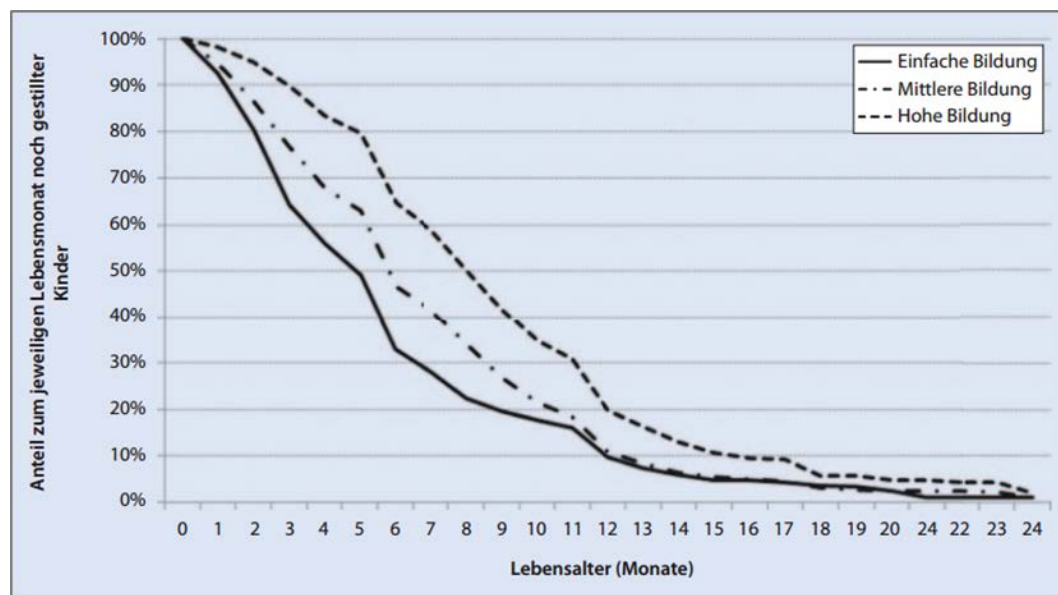


Abbildung 1: Stilldauer in Monaten der Geburtsjahrgänge 2002 bis 2012 nach Bildung der Mutter.

Quelle: RKI 2014, S. 855.

Aus Abbildung 1 wird deutlich, dass der Bildungsstand der Mutter einen erheblichen Einfluss auf die Dauer des ausschließlichen Stillens ausübt: 33 Prozent der

Mütter mit einfacher Bildung stillen nach sechs Monaten noch, hingegen 65 Prozent der Mütter mit hoher Bildung (RKI 2014, S. 852).

1.2.2 Ernährungsformen in den ersten Lebenstagen

Kurz nach der Geburt bildet die Mutter Vormilch, das Kolostrum, das alle Inhaltsstoffe für eine gesunde Entwicklung des Neugeborenen enthält. Einige dieser Inhaltsstoffe finden sich im Kolostrum in höherer Konzentration oder anderer Komposition als in der später gebildeten Muttermilch, beispielsweise verschieben sich Spektrum und Quantität der Fettsäuren (Gibson und Kneebone 1981, BfR 2012).

Das Kolostrum wird in verschiedenen Kulturen der Welt unterschiedlich bewertet und in manchen Ländern den Neugeborenen ganz vorenthalten. In Deutschland erhalten 90 % (Dulon und Kersting 2000), in der Türkei 96,8 % der Neugeborenen Kolostrum (Özer et al. 2010).

Bei einer deutlichen Verspätung des Stillbeginns werden dem Säugling häufig prälaktale Nahrungsmittel verabreicht (Fegter 2003).

1.2.3 Definitionen unterschiedlicher Stillarten

Die Bestimmung der Gemeinsamkeiten und Unterschiede stillender Mütter in unterschiedlichen Kulturen kann anhand der Stillarten vorgenommen werden. Diese sind in Tabelle 2 mit einer kurzen Erläuterung aufgeführt.

Tabelle 2: Stillarten mit Erläuterung.

Stillart	Erläuterung
Exklusiv Breastfeeding (Ausschließliches Stillen)	Der Säugling wird ausschließlich mit Muttermilch unter Verzicht auf weitere Flüssigkeiten, wie Wasser, Tee, Zuckerlösungen, Muttermilchersatzprodukte oder prälaktale Nahrungsmittel, ernährt. Ausnahmen sind die Verabreichungen von Vitaminen, Mineralstoffen und Medikamenten.
Predominant Breastfeeding (Vorrangiges Stillen)	Beim vorrangigen Stillen erhält das neugeborene Kind hauptsächlich Muttermilch. Daneben werden weitere Flüssigkeiten, häufig Tee, Fruchtsäfte, Zucker- und Rehydrierungslösungen, wie Orales Rehydratationssalz (ORS), verabreicht (WHO 2001).
Complementary Feeding Stillen mit simultaner Gabe von Muttermilchersatzprodukten und/ oder Beikost	Der Säugling erhält sowohl Muttermilch als auch Muttermilchersatzprodukte oder Beikost.

(WHO 2001, Labbok 2000).

Ausschließliches Stillen

Gesunde und reife Säuglinge mit einem Gewicht innerhalb der Referenzwerte sollten bis zu einem Alter von etwa sechs Monaten ausschließlich und darüber hinaus mit Beikost weiterhin gestillt werden (WHO 1998). Die zeitliche Spanne der Referenzen ist für Entwicklungsländer erweitert: In einzelnen Gegenden, in denen eine mikrobielle Kontamination der Beikost zu vermuten ist, kann ausschließliches Stillen länger als sechs Monate erfolgversprechend für die Entwicklung des Säuglings sein. Global werden im Durchschnitt etwa 44 % der Säuglinge in den ersten drei Monaten postnatal ausschließlich gestillt (UNICEF 2001). Prasad und Costello (1995) postulieren die unzureichende Beratung der Mütter als wichtigsten Grund für die geringe Verbreitung des ausschließlichen Stillens. Sorensen et al. (1998) zeigen, dass unzureichende Kenntnisse über die Bedeutung des Kolostrums zu einer verfrühten Zufütterung und zum schnellen Abstillen führen. Weitere Gründe für einen frühzeitigen Stillabbruch sind die Sorge von Müttern, ungenügende Milchmengen zu erzeugen sowie die zügige Rückkehr ins Arbeitsleben bei mangelhaftem Wissen über die Möglichkeiten des Weiterstillens (Rebhan et al. oJ). Es zeigen sich Tendenzen, die eine Abkehr vom ausschließlichen Stillen bereits in den ersten sechs Monaten durch Fütterung mit Muttermilchersatzprodukten fördern (Abbildung 2).

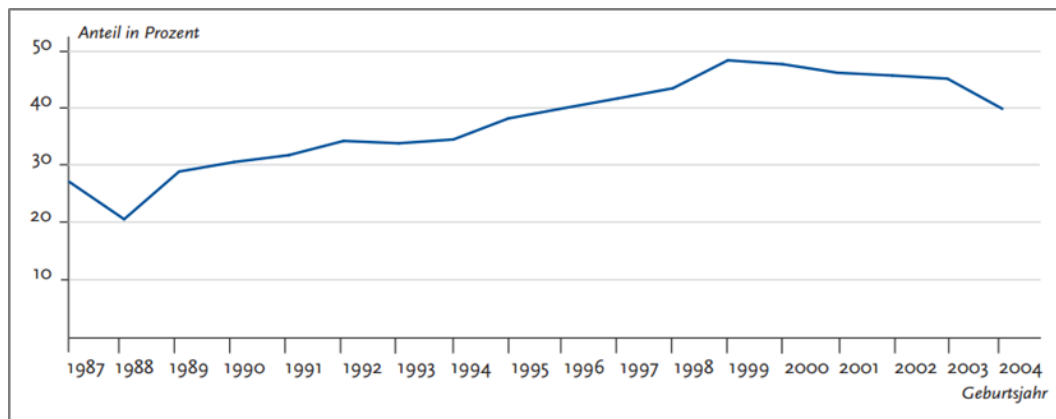


Abbildung 2: Anteil der mindestens sechs Monate voll gestillten Kinder in Deutschland zwischen 1987 und 2004.

Quelle: RKI 2008, S. 94.

In Abbildung 2 präsentiert sich nach einer elfjährigen Wachstumsperiode zwischen 1988 und 1999 ein Abwärtstrend (1999 bis 2004) im Anteil der mindestens sechs Monate voll gestillten Kinder. Die Ursachen werden in Abschnitt 1.3 detailliert betrachtet.

Gesunde Neugeborene sind auf eine kurzfristige negative Energiebilanz nach der Geburt gut vorbereitet. Säuglinge, die in wirtschaftlich hochentwickelten Ländern ausschließlich gestillt werden, sind mit Nährstoffen jeder Art ausreichend versorgt, sodass eine Beifütterung vor Ablauf von sechs Monaten postnatal im Allgemeinen nicht nötig ist (WHO 2000). Neifert et al. (1995) und Huang und Huang (2006) postulieren, dass durch ein sehr frühes Zufüttern mittels Flaschennahrung eine Saugverwirrung entsteht und der Säugling das Saugen an der Brust verlernt. Durch Zugabe von Muttermilchersatzprodukten kann sich zudem ein stärkerer Sättigungseffekt entwickeln, der den Trinkanreiz an der Brust vermindert. Bei Auskühlung, Untergewicht und nicht optimal eingestelltem Diabetes mellitus der Mutter oder wenn trotz mehrfachen Anlegens eine Gewichtsabnahme von etwa 5 % verzeichnet wird, kann die Zufütterung von Glukoselösung oder Säuglingsnahrung in Betracht gezogen werden (Schöch und Kersting 2000).

Beikosteinführung

Die Nationale Stillkommission definiert die Beikost wie folgt: „*Beikosteinführung bedeutet nicht Abstillen, sondern eine langsame Verminderung der Muttermilch-*

mengen und Stillmahlzeiten. Mutter und Kind bestimmen gemeinsam, wann abgestillt wird“ (BfR 2004, S. 1). In den ersten Monaten der Beifütterung sollten mindestens zwei Drittel und am Ende des ersten Lebensjahrs ein Drittel des Nährstoffbedarfs durch Muttermilch abgedeckt werden (WHO 2000). Freemann et al. (2000) berichten, dass etwa die Hälfte der Säuglinge in den europäischen Ländern im Alter von drei Monaten bereits Beikost erhält. In westlichen Industrieländern erfolgt der Beginn der Beifütterung meist zu früh und führt zu einem raschen Abstillen, in Entwicklungsländern wird mit der Beifütterung häufig zu früh oder zu spät begonnen. Die Nationale Stillkommission empfiehlt einen Beikostbeginn spätestens zu Beginn des siebten und „...*keinesfalls vor dem Beginn des 5. Monats*“ (BfR 2004, S. 1).

1.3 Einflussfaktoren auf die Stildauer

1.3.1 Risikofaktoren beim Stillen nach Leitlinien des ILCA

Das Europäische Institut für Stillen und Laktation (ILCA) veröffentlicht 2000 Leitlinien, in denen die Risikofaktoren beim Stillen, getrennt nach mütterlichen und kindlichen Risikofaktoren, aufgeführt sind (Tabelle 3).

Tabelle 3: Mütterliche und kindliche Risikofaktoren beim Stillen nach ILCA

Mütterliche Risikofaktoren (ILCA 2000; 16)	Kindliche Risikofaktoren (ILCA 2000:12)
frühere Stillschwierigkeiten	Geburtsstrauma
anatomische Auffälligkeiten der Brust (Operationen oder Trauma)	Unreife < 38.Schwangerschaftswoche
wunde Brustwarzen, anhaltende Schmerzen in der Brust	wiederholte Schwierigkeiten beim Erfassen der Brust
extreme Brustdrüsenanschwellung	Schlafschwierigkeiten
initialer Milcheinschluss	Hyperbilirubinämie
akute oder chronische Krankheit der Mutter	Hypoglykämie
Einnahme von Medikamenten	Größe: Für das Gestationsalter zu klein (SGA) oder zu groß (LGA), intrauterine Wachstumsverzögerung (IUGR)
keine Veränderung der Brust während der Schwangerschaft	zu kurzes Zungenbändchen
	Mehrlingsgeburt
	neuromotorische Probleme
	orale Fehlbildung
	akute oder chronische Krankheit

1.3.2 Soziale und kulturelle Einflussfaktoren

Bei der Entscheidung für das Stillen und den Stillerfolg sind der Vater des Kindes und die Verwandten der Mutter, insbesondere die eigene Mutter und Großmutter, von erheblicher Bedeutung (Matich und Sims 1992, Giuglianie et al. 1994, Littmann et al. 1994, Scott et al. 1997, Bentley et al. 1999, Hannon et al. 2000, Mahoney und James 2000).

Jordan und Wall postulieren bereits 1990 und Nickerson et al. bestätigten dies 2012, dass sich die Stillberatung verstärkt an Väter richten sollte. Hoddinott und Pill (1999) beobachten, dass junge Mütter das Verhalten stillender Frauen im Bekanntenkreis übernehmen und leiten daraus die Schlussfolgerung ab, dass stillfördernde Organisationen anstreben sollten, diese Personengruppen ebenfalls zu erreichen.

Matthews et al. (1998), Hannon et al. (2000), Donat und Amir (2000), die KiGGS-Studie des Robert-Koch-Institutes (2008) und Thet et al. (2015) zeigen, dass Bildungsstand¹ und Alter der Frauen sowie soziales Umfeld und sozioökonomische Faktoren die Stillentscheidung beeinflussen. Weitere Einflussfaktoren werden durch verschiedene Autoren publiziert: effektive Werbepraktiken der Hersteller von Milchersatzprodukten (Almiron et al. 1996) in Kombination mit der Unkenntnis vieler Stillender über die Risiken des frühen Beifütterns (Dion et al. 2000), Stillprobleme (Kersting und Dulon 2002), eine geringe Akzeptanz stillender Mütter in der Öffentlichkeit bei bestehendem Wunsch nach einem raschen Wiedereinstieg in den Beruf (Guttman und Zimmerman 2000) sowie psychosozialer Stress und ein geringes Selbstbewusstsein (Papinczak und Turner 2000). Diese Faktoren führen zu einer fortschreitenden Abnahme der von WHO und UNICEF empfohlenen Dauer für ausschließliches Stillen. Bei Sorge um das äußere Erscheinungsbild, im Extremfall bei Bulimie, sinkt der Wunsch zu stillen (Foster et al. 1996, Barnes et al. 1997, Huang et al. 2004, Brown et al. 2015).

Dem medizinischen Personal, in erster Linie Ärztinnen und Ärzten der prä- und postnatalen Stillberatung, kommt in der Entscheidungsfindung eine entscheidende Rolle zu. Ihre Aufgabe besteht darin, die Mütter und ihre Verwandten über die

¹ Siehe hierzu auch Abbildung 1.

Bedeutung des Stillens für die geistige und körperliche Entwicklung ihres Kindes aufzuklären und den für die Gesundheit eines jeden Säuglings zuträglichen Weg zu finden (Wayland und Rawlins 1997, Young et al. 1998, Kuan et al. 1999).

1.3.3 Genuss von Nikotin

Howard und Lawrence (2001) zeigen, dass nur ein geringer Prozentsatz von während der Schwangerschaft nikotinabstinenten Frauen diese Abstinenz nach der Schwangerschaft aufrecht erhält. In weiteren Studien wird zudem das erhöhte Risiko eines verminderten Milchangebots und eines verfrühten Abstillens durch Nikotinabusus dargelegt (Vio et al. 1991, Eriksen 1996, Hornell et al. 1999, Scott und Binns 1999, Weiser et al. 2009). Xu et al. (2010) finden bei rauchenden Müttern signifikant geringere Stillraten. Der Nikotinabusus der Väter führt zu einem höheren und schnelleren Abbruch sämtlicher Stillaktivitäten im Vergleich zur Gruppe der Nichtraucher-Väter (Xu et al. 2010).

1.3.4 Religiöse und soziale Einflussfaktoren

Im Christentum wird die Frage der Stildauer nicht erörtert.

In der jüdischen Religion sind nach dem Talmud, dem Gesetzeswerk mit den Anweisungen der Tora, 24 Monate Stillzeit verankert (Der heilige Talmud, Ketubot 60b, Jewamot 43a, dazu siehe auch Broschüre des Beratungszentrum für Didaktik und Methodik jüdischer Erziehung im Internet²).

Im Koran, dem Schrifttum des Islam, der maßgeblichen Religion der befragten Mütter, wird ebenfalls eine Stillzeit von zwei Jahren empfohlen (Der heilige Koran, Sure 2 Bakara Vers 233). Im Islam hat die Mutter eine besondere Stellung. Vor allem in den ersten Jahren ist sie die Hauptbezugsperson für das Kind. Durch das empfohlene Stillen entsteht eine enge Beziehung. Der Koran erwähnt an einigen Stellen das Verhältnis zwischen Eltern und Kindern und hebt die besondere Mühe der Mutter hervor, z.B. bei Schwangerschaft, Geburt und Stillen (Sure 31 Vers 14). Die (geschiedene) Mutter kann sogar für das Stillen der Kinder von ihrem Ehemann eine finanzielle Entschädigung verlangen (Sure 65 Vers 6). Welch

² www.zwst-hadracha.de/documents/293_Juedische%20Erziehung.doc (Stand vom 28.03.2013)

große Bedeutung der Frau als Mutter zukommt, zeigt auch ein Ausspruch des Propheten Mohammad. Auf die Frage, wer es am meisten verdiene, gut behandelt zu werden, antwortete er dreimal "deine Mutter" und erst danach "dein Vater, dann deine nächsten Verwandten." Dieser kleine Auszug aus dem religiösen Hintergrund der befragten Frauen zeigt die hohe Bedeutung der Mütter im Islam ebenso wie die Bedeutung, die das Stillen in ihrer Vorstellungswelt besitzt. Das Stillverhalten wird bei muslimisch geprägten Familien stark an diese religiösen Vorstellungen geknüpft; die gesamte Familie ist darin eingebunden und dem Vater kommt eine wesentliche, unterstützende Funktion selbst dann zu, wenn sich das Paar während der zweijährigen empfohlenen Stillzeit trennen sollte (Shaikh und Ahmed 2006).

Demirtas et al. (2012) stellen fest, dass der familiäre Hintergrund und vor allem ältere Familienmitglieder einen hohen Einfluss auf das Stillverhalten türkischer Mütter ausüben. Traditionelle Stillpraktiken werden von den Müttern relativ unabhängig von deren Alter oder Bildungsstand übernommen und angewendet. In der klinischen Praxis fordern die Autoren daher einen stärkeren Fokus auf soziale Programme zur Schulung des Bewusstseins für die Vorteile ausschließlichen Stillens unter Berücksichtigung traditioneller Stillpraktiken (Demirtas et al. 2012).

1.3.5 Integrationsgrad als Einflussfaktor

Die individuellen Ansichten zum Stillen sind unter anderem davon abhängig, wie sich Migrantinnen zu den Traditionen ihres Heimatlandes positionieren (Haber-mann 1999). Frauen, die stark an die Sitten und kulturellen Muster ihres Herkunftslandes gebunden sind und den entsprechenden Ritualen folgen, befürworten das Stillen. Andere Frauen mit Migrationshintergrund hingegen lehnen das Stillen ab und geben industriell gefertigter Babynahrung den Vorrang. Die Gründe sind unterschiedlich und reichen von der Ansicht, Stillen sei nicht mehr zeitgemäß bis hin zum Gefühl, die Umgebung in Deutschland sei für das Stillen ungeeignet.

Sprachliche Barrieren stellen ein großes Hindernis bei der Anamnese und der Ernährungsberatung dar. Mangelnde Deutschkenntnisse bedürfen der Beteiligung von übersetzenden Personen. Häufig sind dies die eigenen Kinder, Familienangehörige oder nicht thematisch geschulte Dolmetscher. Ein zusätzliches Problemfeld

sind tabuisierte Themen, wie Brüste, Genitalien oder Ausscheidungsprodukte (Binder-Fritz 1997: 142 ff). Bei Ansprache dieser Themenfelder wird häufig eine deutliche Distanzierung der Befragten wahrgenommen (Binder-Fritz und Rieder 2014).

1.4 Initiative zur Stillförderung

Die Vorteile des Stillens und einer langen Stilldauer sind seit der letzten Hälfte des 20. Jahrhunderts bekannt und mit vielen Studien gut belegt. Seit dieser Zeit entstanden zahlreiche Organisationen und Initiativen zum Schutz und zur Förderung des Stillens. 1991 wurde die Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI, Initiative Stillfreundliches Krankenhaus) in der Türkei gegründet. Seitdem wurden international ca. 21000 Krankenhäuser als stillfreundlich eingestuft. In Entwicklungsländern und in vielen osteuropäischen Ländern sowie in der Schweiz stellt die UNICEF dafür Mittel bereit.

In Ländern, in denen ein nationales Komitee die Interessen von UNICEF vertritt, wird entweder ein Teil des Geldes zur Verfügung gestellt, wie beispielsweise in der Schweiz, oder die Krankenhäuser müssen selbst für Fortbildungen und Gutachten aufkommen, wie zum Beispiel in Deutschland (Merten et al. 2005). Die Aufbringung eigener Mittel für Fortbildungen und Zertifizierungsmaßnahmen kann ein bedeutsames Hindernis für die Teilnahme an der Initiative darstellen: Zwischen 1995 und 2015 wurden 784 Krankenhäuser in der Türkei und lediglich 94 Krankenhäuser in Deutschland als stillfreundlich eingestuft.

Die WHO ruft alljährlich die World Breastfeeding Week aus, um für das Stillen zu werben und damit für die Gesundheit von Kindern weltweit einzutreten (WHO Europa 2015).

1.5 Vorteile des Stillens

1.5.1 Auswirkungen des Stillens auf die Gesundheit des Kindes

Zahlreiche Untersuchungen und Studien weisen auf positiven Auswirkungen des Stillens auf die intellektuelle (Newton et al. 1971, Rogan und Gladen 1993, Jacobson et al. 1999, Horwood und Ferguson 1998, Belfort et al. 2013, Horta et al.

2015), neuromotorische (Lanting 1998, Vestergaard et al. 1999, Angelsen et al. 2001) und sprachliche (Broad und Duganzich 1983, Taylor und Wadsworth 1984, Pollock 1994) Entwicklung eines Kindes hin. Hauck et al. (2011) untersuchen in ihrer Metaanalyse zusätzlich die Auswirkungen des Stillverhaltens auf den plötzlichen Kindstod. Sie stellen fest, dass Stillen vor dem plötzlichen Kindstod schützen kann und dieser Effekt ist bei ausschließlichen Stillen ausgeprägter.

Infektionserkrankungen und Abwehrschutz

Über die Muttermilch wird eine Vielzahl immunologisch wirksamer Faktoren zur Unterstützung der körpereigenen Immunabwehr des Säuglings übertragen. Hierbei wirkt sich der Transfer von Zytokinen, Wachstumsfaktoren, Antikörpern und mütterlichen Leukozyten über die unmittelbare Unterstützung des unreifen Immunsystems des Neugeborenen hinaus langfristig günstig auf das Abwehrsystem des Kindes aus (Hanson et al. 2001). Die präventive Wirkung des Stillens auf infektiöse Erkrankungen (Scherbaum 2003, Lin et al. 2014) wird insbesondere bei Gastroenteritiden, Mittelohrentzündungen und Pneumonien deutlich; diese treten in einer vergleichsweise geringeren Häufigkeit, Dauer und Schwere der Krankheitszustände sowie einer niedrigeren Mortalitätsrate bei gestillten Kindern auf (Duijts et al. 2010). Hanson et al. (1998) zeigen bei Schutzimpfungen gegen Diphtherie und *Haemophilus influenzae* Typ B eine Immunogenitätsvermehrung bei gestillten Säuglingen. Ein protektiver Effekt des Stillens kann bei Harnwegsinfekten, bakteriellen Meningitiden und Neugeborenen-Sepsis gezeigt werden. Ähnliches gilt für einige spezifische Enteritiserreger, intestinale Protozoen, Pneumokokken und *Haemophilus Influenza* B. Der Schutz ist abhängig von der Stillintensität und kommt bei ausschließlichen Stillen während der ersten vier bis sechs Lebensmonate am stärksten zum Ausdruck (Scherbaum 2003).

Asthma und Allergien

Burr et al. (1993), Oddy et al. (1999), Brew et al. (2012) Dogaru et al. (2014) und Yamakawa et al. (2015) zeigen, dass sich ausschließliches Stillen kombiniert mit einer langen Stilldauer signifikant positiv auf eine Asthma- und Allergieprävention auswirkt.

Leukämien im Kindesalter

Leukämien umfassen innerhalb kanzerogener Geschehen im Körper einen hohen Anteil von 30 %. Die Rate an Neuerkrankungen bei Kindern steigt jährlich um 0,9 % (Amitay und Keinan-Boker 2015).

Davis et al. (1998) und Küçükçongar et al. (2015) weisen in einer großen Untersuchung einen schützenden Effekt des Stillens bei der Entstehung akuter Leukämien und anderer lymphoblastischer Erkrankungen nach. In ihrer Metaanalyse aus dem Jahr 2015 zeigen Amitay und Keinan-Boker, dass das Risiko, in der Kindheit an Leukämie zu erkranken, durch Stillzeiten von mindestens sechs Monaten signifikant gesenkt werden kann.

Übergewicht

In einer kanadischen Studie wird gezeigt, dass bei Jugendlichen und Schulkindern, die als Säuglinge nicht gestillt werden, ein mehr als doppelt so hohes Risiko für eine Adipositas besteht (Kramer 1981).

Bestätigend wird in einer Untersuchung an ungefähr 10.000 bayrischen Schulkindern festgestellt, dass gestillte Säuglinge ein verhältnismäßig niedrigeres Risiko für die Entstehung einer Adipositas haben (von Kries et al. 1999).

Bergmann et al. (2000) weist anhand der Längsschnittdaten einer Multizentrischen Allergiestudie (MAS) nach, dass bei zunehmender Stilldauer die Wahrscheinlichkeit zur Entwicklung einer Adipositas abnimmt. Ähnliche Resultate zeigen Hawley et al (2014) bei amerikanischen Kindern mit saomanischen Wurzeln.

In einer Studie an mexikanischen Kindern im Alter von vier Jahren zeigt sich eine signifikante Korrelation zwischen dem Status des Stillens im Alter von 3 Monaten und der Höhe der Cholesterinkonzentration im Serum sowie dem Auftreten von Adipositas im Alter von vier Jahren (Ramirez-Silva et al. 2015).

Crume et al. (2012) empfehlen auf Basis ihrer ähnlichen Ergebnisse eine sechsmonatige Dauer ausschließlichen Stillens als optimale Säuglingsdiät.

Kardiovaskuläre Risiken

In einer israelischen Studie werden bei Mädchen vergleichsweise niedrigere Gesamtcholesterinwerte im Jugendalter und bei Jungen niedrigere Triglyceridwerte nachgewiesen, wenn sie als Säuglinge länger gestillt wurden (Kark et al. 1984). Ravelli et al. (2000) zeigen, dass im Kindesalter nicht gestillte Erwachsene höhere Low Density Lipoproteine (LDL)- und niedrigere High Density Lipoproteine (HDL)-Cholesterinwerte sowie häufigere Zeichen einer pathologischen Glukosetoleranz aufweisen als Erwachsene, die im Kindesalter gestillt wurden.

Die Untersuchungen von Forsyth et al. (1993), Wilson et al. (1998) und Labayen et al. (2012) zeigen niedrigere systolische und diastolische Blutdruckwerte und ein geringeres Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen im späteren Leben bei ausschließlich gestillten Kindern im Vergleich zu Kindern, die Muttermilch-Ersatznahrung erhalten.

Diabetes mellitus

Das Auftreten von Typ-I-Diabetes steigt weltweit, vor allem jedoch in der Gruppe von Kindern jünger als fünf Jahren (Frederiksen et al. 2013). Die Autoren geben an, der sicherste Beginn einer Beifütterung von Flüssignahrung sei im Alter von vier bis fünf Monaten und sollte unter Beibehaltung des Stillens erfolgen.

Insgesamt zeigt eine Metastudie von Pereira et al. (2014), dass fehlendes Stillen ein Risikofaktor für Typ-I- und Typ-II-Diabetes ist. Die Autoren postulieren eine gezieltere Ausbildung des medizinischen Personals zur Unterstützung des Stillens zur Diabetesprophylaxe.

Gerstein et al. (1994) weisen nach, dass bei einer Vermeidung von Kuhmilch in den ersten drei Lebensmonaten bei 90 % der Säuglinge die Neuerkrankungsrate mit Diabetes Typ I um 30 % gesenkt werden konnte.

Bei Pima-Indianern in den USA mit einer hohen Zahl endokrinologischer Erkrankungen, vor allem nicht insulinabhängigen Diabetes (NIDDM), einen Hauptrisikofaktor für koronare Krankheiten, zeigen länger als 2 Monate gestillte im Ver-

gleich zu nicht gestillten Kindern eine um 59 % geringere Wahrscheinlichkeit, an NIDDM zu erkranken (Petitt et al. 1997).

Erkrankungen des Magen Darm-Traktes

Zöliakie

Auricchio et al. (1983) und Falth-Magnusson et al. (1996) zeigen bei nicht gestillten Säuglingen ein erhöhtes Erkrankungsrisiko bzw. einen früheren Beginn klinischer Manifestationen der Glutenunverträglichkeit. Das Vermeiden einer frühzeitigen Glutenexposition (Anderson und Brueton 1985, Greco et al. 1996), der Verzicht auf die Verwendung von Muttermilch-Ersatzprodukten (Greco et al. 1996) sowie eine ausreichend lange Stilldauer (Peters et al. 2001) nehmen positiven Einfluss auf die Vermeidung oder Verzögerung dieser genetischen Erkrankung und verringern die Krankheitsintensität (Szaiewska et al. 2015).

Chronisch entzündliche Darmerkrankungen

Untersuchungsteilnehmer, die als Säuglinge nicht gestillt wurden, zeigen ein deutlich erhöhtes Erkrankungsrisiko für Colitis Ulcerosa und Morbus Crohn (Corrao et al. 1998, Hansen et al. 2011, Ko et al. 2015). Ein ähnlicher Zusammenhang zwischen Stilldauer und dem Auftreten von Morbus Crohn kann in Skandinavien durch Bergstrand und Hellers (1993) gezeigt werden. In Kanada wird durch Kozletzko et al. (1991) nachgewiesen, dass die Stilldauer einen inversen Einfluss auf die Erkrankung an Colitis ulcerosa hat.

Nekrotisierende Enterokolitis

Bei ausschließlich gestillten wird im Vergleich zu nicht gestillten Säuglingen eine niedrigere Erkrankungsrate für eine nekrotisierende Enterokolitis festgestellt (Lucas und Cole 1990, Good et al. 2015).

1.5.2 Auswirkungen des Stillens auf die Gesundheit der Mutter

Der Stillvorgang hat unmittelbare und langfristige Auswirkungen auch auf die Gesundheit der Mutter (Greenberg et al. 1994, Kelsey et al. 1994, Turck et al.

2013). Unmittelbar werden gegenüber nicht stillenden Müttern die Uterusrückbildung gefördert, das Blutungs- und Infektionsrisiken gesenkt, das Körpergewicht (Kramer et al. 2001) schneller normalisiert, Schlafqualität und psychische Befindlichkeit verbessert (Mc Kenna et al. 1990) und die Entstehung einer intensiven Mutter-Kind-Beziehung gefördert. Langfristig besitzt Stillen einen gewichtsreduzierenden Effekt und schützt Karzinomen an Brust, Gebärmutter und Eierstock (Brinton et al. 1992, Brinton en Swanson 1992).

2 Methoden/Probanden

2.1 Einbindung der Patienten in die Studie

Zunächst werden über die Ansprache von Hausärzten und Kliniken in den unten genannten Regionen der Türkei und Deutschlands im Datenerhebungszeitraum August bis Oktober 2004 gesunde Mütter gesucht, die kürzlich entbunden haben und volljährig sind. Diese Mütter werden schriftlich um die Teilnahme an der Studie ersucht. Nach Zustimmung werden die Mütter einzeln besucht und im Rahmen dieses Besuchs über Ziel und Bedeutung dieser Studie informiert. Die Zustimmung zur Teilnahme wird schriftlich dokumentiert. Sie werden darauf hingewiesen, dass ihnen kein Nachteil entsteht, wenn sie ihre Zustimmung zur Teilnahme verweigern oder zurückziehen. Es folgt eine mündliche Aufklärung verbunden mit dem Hinweis, dass die Daten anonym dokumentiert und analysiert werden. Die Zustimmung wird mündlich am Beginn des Interviews eingeholt.

Die erhobenen Daten werden ausschließlich anonym gespeichert, analysiert und in die Dissertationsschrift aufgenommen.

Im Rahmen von Einzelinterviews wird ein Fragebogen zur Ermittlung von persönlichen Daten und Stillcharakteristika vor Ort ausgefüllt. Der Fragebogen enthält 43 Fragen. Dabei wird Parameter für Parameter vorgelesen und näher erläutert, um eventuell auftretende Fragen direkt zu klären.

Besonderes Augenmerk wird auf das vollständige Ausfüllen der Fragebogen gelegt. Der Fragebogen wurde speziell für diese Studie entwickelt, um Antworten auf die besondere Fragestellungskonstellation zu erhalten.

2.2 Studienpopulation

91 türkischstämmige Mütter werden in die Studie aufgenommen. Davon stammen 45 aus dem Bundesland Hessen, dem Kreis Marburg/Lahn, den Städten Stadtlendorf und Kirchhain. Die andere Gruppe besteht aus 46 Müttern, die in der Türkei in den Städten Karabük, Bartın, İnkum und Eskipazar interviewt werden. Die gewählten Orte sind, sofern das zwischen Kulturkreisen möglich ist, anhand der bedeutsamen soziodemografischen Parameter vergleichbar. In beiden Fällen sind

beispielsweise viele der Väter als Arbeiter oder Ingenieure in einer Eisengießerei beschäftigt, welche den örtlichen Arbeitsmarkt jeweils dominieren. Tabelle 4 zeigt die Verteilung der Heimatorte der Probanden sowie die zugeordneten Regionen.

Aus Tabelle 4 wird ersichtlich, dass die Mehrheit der befragten Frauen aus der Türkei aus der Region stammt, in der die Befragungen stattfindet. Die Frauen in Deutschland entstammen allen Regionen der Türkei mit Ausnahme des wirtschaftlich schwächeren Ostteils der Türkei.

Die Studienpopulationen werden anhand soziodemografischer Parameter ab Abschnitt 3.1 detaillierter beschrieben.

Tabelle 4: Heimatorte der Probanden in der Türkei.

Heimatort	Region Türkei	Mütter Türkei	Mütter Deutschland
Adapazari	NW	0	4
Afyon	W	0	4
Ankara	Hauptstadt	4	2
Aydin	SW	1	0
Bartin	N	8	0
Bolu	N	1	1
Camlidere	N	1	0
Corum	N	1	2
Denizli	SW	0	2
Edirne	NW	0	3
Eskisehir	NW	0	2
Giresun	N	0	2
Iskenderun	S	1	0
Isparta	SW	1	0
Istanbul	NW, europäischer Teil	1	1
Izmir	W	0	1
Karabük	N	18	0
Kahramanmaras	S	0	1
Kars	NO	1	0
Kirsehir	zentral W	0	1
Konya	zentral W	0	1
Malkara	NW, europäischer Teil	0	1
Mersin	S	1	0
Mugla	SW	1	0
Ordu	NO	1	0
Samsun	N	0	1
Sivas	Zentral	0	3
Sivrihisar	W	0	1
Tokat	N	0	1
Trabzon	N	0	2
Yozgat	N	0	9
Zonguldak	N	5	0
Gesamt		46	45

2.3 Statistische Methoden

2.3.1 Kreuztabellen und Chi-Quadrat-Test

Für die Darstellung der gemeinsamen Häufigkeitsverteilung zweier kategorialer Merkmale, wie z.B. Land und Stillbeginn ≥ 30 Min versus Stillbeginn < 30 Min werden Kreuztabellen verwendet. Zusätzlich werden Chi²-Tests durchgeführt, um zu analysieren, ob die Zeilen- und Spaltenvariable unabhängig voneinander sind (Nullhypothese). Der p-Wert wird auf $< 0,05$ festgelegt. Dies bedeutet Signifikanz, so dass die Nullhypothese der Unabhängigkeit abgelehnt werden kann.

Bei kleinen Stichproben und Vierfeldertafeln wird die exakte Variante des Chi²-Tests, Fisher's exakter Test, durchgeführt.

2.3.2 T-Tests

Um zu prüfen, ob Mittelwertunterschiede, z.B. die Stlldauer zwischen unterschiedlich gebildeten Frauen, signifikant ist, werden t-Tests durchgeführt.

2.3.3 Multiple Regression

Bei der Multiplen Regression wird davon ausgegangen, dass eine quantitative abhängige Variable (hier die Stlldauer) von mehreren unabhängigen Variablen, auch Prädiktoren oder Einflussvariablen genannt, erklärt wird. Die Prädiktorvariablen können quantitativ oder nominal sein.

Damit kann ein Modell für die Zusammensetzung des erwarteten Wertes der abhängigen Variablen aus den Einflussvariablen formuliert werden:

$$Y = c_1X_1 + c_2X_2 + \dots + c_pX_p$$

Y ist die abhängige Variable. Die einzelnen Einflussfaktoren werden mit X_1, X_2, \dots, X_p bezeichnet. Für sie werden die Regressionskoeffizienten c_1, c_2, \dots, c_p abgeschätzt, um den Einfluss der zugehörigen Variable X auf Y einzubeziehen.

Die Regressionskoeffizienten werden mit der linearen Regression unter Einbeziehung einer oder mehrerer unabhängiger Variablen bestimmt. Die Koeffizienten, die den Wert der abhängigen Variablen am besten voraussagen, werden aus der linearen Gleichung abgeschätzt. Ein Regressionskoeffizient gibt den linearen Einfluss einer unabhängigen Variablen auf die abhängige Variable an.

Die Methode der Multiplen Regression, die eine Verallgemeinerung der einfachen Linearen Regression darstellt, erlaubt ferner, simultan den Einfluss mehrerer Faktoren auf die abhängige Variable zu bestimmen. Sie wird hier verwendet, um den gemeinsamen Einfluss von Geburtsgewicht, Alter der Mutter, Tabakkonsum, Berufstätigkeit, erstes Stillen [nach min], Land, Geburtsart und Bildung der Mutter, unterteilt in ≤ 8 Jahre und > 8 Jahre, auf die Stilldauer in Monaten zu analysieren.

Da die in der Multiplen Regression simultan analysierten Einflussfaktoren auch in bivariaten Tests untersucht werden, entsteht das Problem des multiplen Testens. Aufgrund des eher explorativen Charakters dieser Arbeit wird auf eine Alpha-Korrektur nach Bonferroni für multiples Testen verzichtet. Es werden für die Ergebnisse der bivariaten Tests nominale p-Werte angegeben. Diese müssen jedoch wegen der durch das multiple Testen entstandenen alpha-Inflation zurückhaltend interpretiert werden.

3 Ergebnisse

3.1 Beschreibung der Studienpopulation

3.1.1 Altersverteilung

Von den 91 türkischstämmigen Müttern leben 45 in Deutschland. Die älteste Mutter aus Deutschland ist zum Zeitpunkt des Interviews 46 Jahre und die jüngste Mutter 20 Jahre alt.

Die andere Gruppe besteht aus 46 Müttern aus der Türkei. Die älteste Mutter aus der Türkei war zum Zeitpunkt des Interviews 42 Jahre und die jüngste Mutter 19 Jahre alt.

Der Mittelwert der Altersverteilung liegt bei den Müttern in der Türkei bei $29,4 \pm 4,82$ Jahre und in der Gruppe der türkischen Migrantinnen in Deutschland $30,0 \pm 6,37$ Jahre. Tabelle 5 zeigt die Altersstruktur der Mütter in zwei Gruppen: bis zu 30 und mehr als 30 Jahre.

Tabelle 5: Alter der Mütter in Gruppen bis 30 und über 30 Jahre

	Alter der Mutter [Jahre]	
	≤ 30	> 30
Mütter in der Türkei (n = 46)	54,3 %	45,7 %
Türkische Mütter in Deutschland (n = 45)	60,0 %	40,0 %
Gesamt (n = 91)	57,1 %	42,9 %

Insgesamt sind 42,9 % der an der Studie teilnehmenden, türkeistämmigen Mütter zur Zeit des Interviews über 30 Jahre alt. In der Altersverteilung der Mütter aus der Türkei und aus Deutschland zeigt sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen ($p = 0,37$).

Der Mittelwert der Altersverteilung bei den türkeistämmigen Vätern liegt in der Türkei bei $33,2 \pm 6,6$ Jahren und in Deutschland bei $32,0 \pm 6,5$ Jahren.

Die Unterschiede zwischen den Ländern sind gering und nicht signifikant ($p = 0,40$ [Mütter] und $p = 0,63$ [Väter]).

In Tabelle 6 sind die Ergebnisse der Analyse von Gesamtstilldauer bezogen auf das Alter der Mutter aufgeführt.

Tabelle 6: Gesamtstilldauer in Monaten nach dem Alter der Mutter

Land	Alter der Mutter	N	Min	Max	Mittelwert	SD
Mütter in der Türkei (n = 46)	≤ 30 Jahre	25	0,2	25	11,83	6,4
	> 30 Jahre	21	3	19	9,40	5,5
türkische Mütter in Deutschland (n = 45)	≤ 30 Jahre	27	0	24	5,89	6,3
	> 30 Jahre	18	0	19	5,33	6,0

Der Mittelwert der Stilldauer liegt für die befragten Mütter bis zu 30 Jahren

- in der Türkei bei 11,8 Monaten mit einem Minimum bei 0,2 Monaten und einem Maximum bei 25 Monaten;
- in Deutschland bei 5,9 Monaten mit einem Minimum bei 0 Monaten und einem Maximum bei 24 Monaten.

Der Mittelwert der Stilldauer für die befragten Mütter über 30 Jahren liegt

- in der Türkei bei 9,4 Monaten mit einem Minimum bei 3 Monaten und einem Maximum bei 19 Monaten;
- in Deutschland bei 5,3 Monaten mit einem Minimum bei 0 Monaten und einem Maximum bei 19 Monaten.

Der Einfluss des Alters von Mutter und Vater auf die Stilldauer ist nicht signifikant und erklärt den Unterschied zwischen den Ländern damit nicht.

3.1.2 Bildungsdauer der Eltern

Die Bildungssysteme in Deutschland und der Türkei sind von wesentlichen Unterschieden geprägt. So ist es ein Sitzenbleiben in der Türkei anhand der erreichten Leistungen nicht üblich. Die Aufnahme auf die Universität erfolgt durch eine Aufnahmeprüfung. Werden die entsprechenden Punkte erreicht, kann das Studium unabhängig von den Schulleistungen aufgenommen werden. Ein direkter Vergleich des Bildungsstandes ist daher kaum möglich und erfolgt daher über die Anzahl der besuchten Schulklassen, um eine Grenze zu definieren. Diese Grenze

wird bei acht Schuljahren festgelegt, was der derzeitigen Schulpflicht nach türkischem Bildungssystem entspricht (Sen 2000, S. 5).

Tabelle 7 zeigt den Bildungsstand der Mütter anhand ihrer schulischen Bildung bis zu acht Schuljahren oder darüber hinaus.

Tabelle 7: Bildung der Mutter nach Schulabschluss bis zur 8. Klasse oder darüber hinaus

	≤ 8. Klasse	> 8. Klasse
Mütter in der Türkei (n = 46)	43,5 %	56,5 %
Türkische Mütter in Deutschland (n = 45)	84,4 %	15,6 %
Gesamt (n = 91)	63,7 %	36,3 %

36,3 % aller an der Studie teilnehmenden Mütter verfügen über eine Bildung von mehr als acht Schuljahren. Türkeistämmige Mütter in der Türkei verfügen zu 56,5 % über einen Schulabschluss oberhalb der 8.Klasse, Mütter in Deutschland dagegen nur zu 15,6 %. Der Fisher`s Exact Test zeigt einen signifikanten Unterschied zwischen Frauen in der Türkei und in Deutschland ($p < 0,0005$).

In Tabelle 8 wird der Bildungsstand der Väter anhand ihrer schulischen Bildung bis zu acht Schuljahren oder mehr aufgeführt.

Tabelle 8: Bildung des Vaters nach Schulabschluss bis zur 8. Klasse oder darüber hinaus

	≤ 8. Klasse	> 8. Klasse
Väter in der Türkei (n = 46)	36 %	74 %
türkische Väter in Deutschland (n = 45)	64 %	26 %
Gesamt (n = 91)	54,2 %	45,8 %

Insgesamt 45,8 % der Väter verfügen über einen Schulabschluss oberhalb der 8. Klasse. Väter in der Türkei haben deutlich häufiger eine Schulbildung von mehr als acht Jahren (74 %) als Väter in Deutschland (26 %). Innerhalb der Klassifizierungen zeigt sich zwischen den Vätern aus der Türkei und aus Deutschland ein signifikanter Unterschied ($p = 0,001$).

Black et al. (2008) weisen unter anderem nach, dass Mütter mit einem niedrigen Bildungsstand häufiger nicht stillen. Aus diesem Grund wird der Bildungsstand der Mutter im Zusammenhang mit der Gesamtstilldauer untersucht (Tabelle 9).

Tabelle 9: Gesamtstilldauer in Monaten nach der Bildung der Mutter.

Land	Bildung der Mutter	N	Min	Max	Mittelwert	SD
Mütter in der Türkei (n = 46)	≤ 8 Klassen	20	0,2	25	10,91	7,06
	> 8 Klassen	26	3	23	11,52	5,77
	Insgesamt	46	0,2	25	11,25	6,29
türkische Mütter in Deutschland (n = 45)	≤ 8 Klassen	38	0	24	5,55	6,15
	> 8 Klassen	7	0,03	18	6,42	6,51
	Insgesamt	45	0	24	5,69	6,14

Die Stilldauer von Frauen mit höherer Bildung ist zwar in beiden Ländern höher, der Unterschied ist jedoch nicht signifikant (Türkei: $p = 0,38$, Deutschland: $p = 0,34$).

3.1.3 Anzahl der Kinder in der Familie

Die Zahl der Kinder liegt zwischen eins und vier. Die Angaben werden dichotomisiert: ein oder zwei Kinder versus drei oder vier Kinder.

Die in der Türkei lebenden Mütter haben überwiegend (81,8 %) weniger als drei Kinder, die in Deutschland lebenden türkeistämmigen Mütter haben ebenfalls überwiegend (64,1 %) ein oder zwei Kinder. Die in Deutschland lebenden Studienteilnehmerinnen haben jedoch häufiger (35,9 %) mehr als drei Kinder als die in der Türkei lebenden (18,2 %).

Der Zusammenhang der Stilldauer mit der Anzahl der Kinder ist nicht signifikant ($p = 0,456$).

3.1.4 Anzahl der Wohnzimmer der Familien

Die Anzahl der Wohnzimmer dient als Hinweis auf das Vorhandensein von Privatsphäre: In Familien mit mehr verfügbaren Zimmern haben stillende Frauen

bessere Möglichkeiten, den Stillprozess in Ruhe und unter Ausschluss des Familienalltags durchzuführen. Dieses Kriterium kann daher einen Einfluss auf die Stilldauer ausüben.

49,5 % aller befragten Familien wohnen in einer 4-Zimmerwohnung. Es zeigt sich, dass die untersuchten Familien in der Türkei im Median vier Zimmer bewohnen, während die Familien in Deutschland im Median drei Zimmer zur Verfügung haben. Der Unterschied ist signifikant ($p = 0,004$).

Der Zusammenhang zwischen der Anzahl der Zimmer und der Stilldauer ist hochsignifikant ($p < 0,0005$).

3.2 Daten zur Geburt der Kinder der Studienteilnehmerinnen

3.2.1 Geburtsart

In Abbildung 3 ist die Verteilung der Spontan- und Schnittgeburten aufgeführt. Nach Ever-Hadani (1994) führen Geburten per Kaiserschnitt häufig dazu, dass Mütter ihre Kinder nicht stillen. Aus diesem Grund ist es wichtig, den Anteil der jeweiligen Geburtsarten in beiden Ländern zu untersuchen, da dies einen Einfluss auf die Gesamtstilldauer ausüben kann.

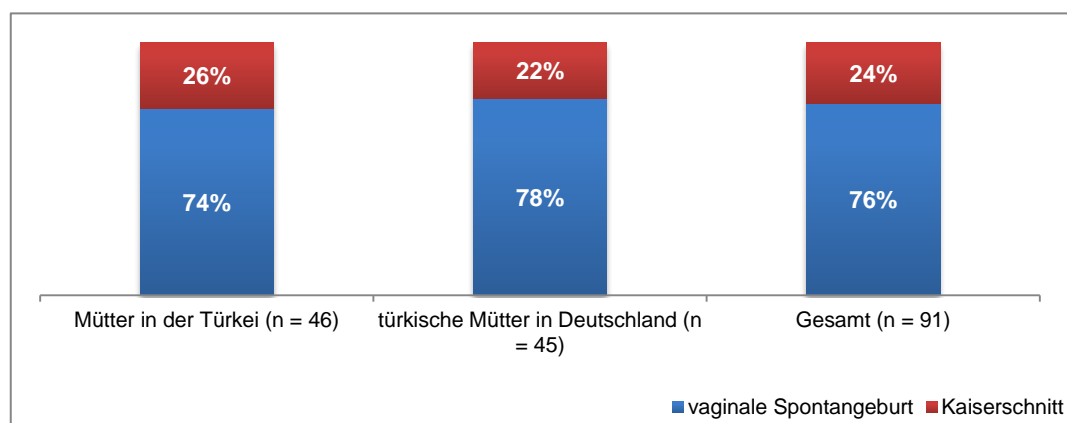


Abbildung 3: Häufigkeit der Geburtsarten.
unterteilt in Spontan- und Schnittgeburt

Insgesamt haben 24,2 % der Mütter ihr Kind durch eine. Kaiserschnitt auf die Welt gebracht. Die Rate der SektioGeburten ist bei den interviewten Frauen in der Türkei nicht signifikant höher als in Deutschland ($p = 0,807$).

Abbildung 4 zeigt die mittlere Stilldauer in Monaten aufgeteilt nach Geburtsart.

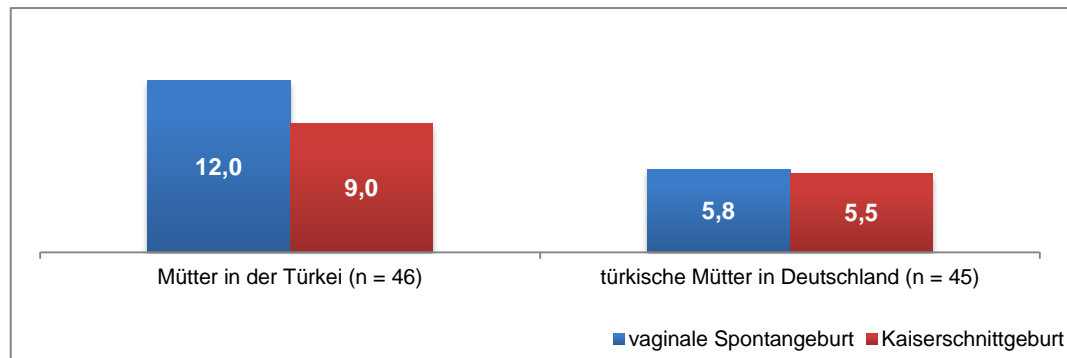


Abbildung 4: Mittlere Stilldauer in Monaten nach Geburtsart.

Die Stillzeit nach einem Kaiserschnitt präsentiert sich in beiden Ländern geringer als bei vaginalen Spontangeburt. Die lineare Regression mit der Stilldauer als abhängiger Variable und Land sowie Geburtsart als Einflussvariablen zeigt einen nicht signifikanten Einfluss der Geburtsart auf die Stilldauer ($p = 0.186$).

3.2.2 Geburtsgewicht

Das Geburtsgewicht kann ebenfalls einen Einfluss auf die Stilldauer ausüben. Aus diesem Grund wird dieser Zusammenhang hier untersucht. Nevzi et al. (1991) finden keinen Unterschied zwischen dem Geburtsgewicht und der Stilldauer; die Studie ist jedoch bereits 24 Jahre alt und in den untersuchten Gesellschaften haben sich die Wertvorstellungen während dieses Zeitraumes verändert. Daher ist eine Überprüfung des Zusammenhanges angebracht.

Abbildung 5 zeigt das Geburtsgewicht in den beiden Gruppen. Zur Wahrung der Übersichtlichkeit wird das Geburtsgewicht in zwei Gruppen unterteilt: $\leq 3.000\text{g}$ und $> 3.000\text{g}$.

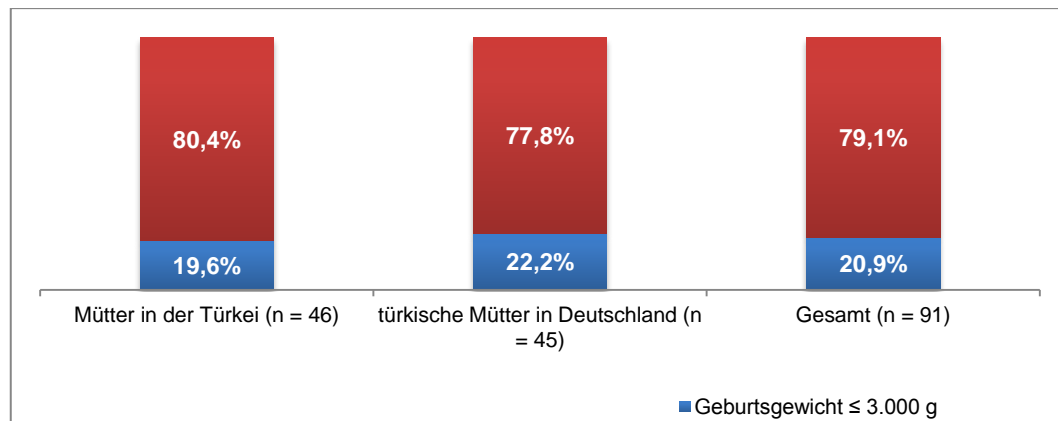


Abbildung 5: Anteil der Kinder mit einem Geburtsgewicht bis zu 3.000 g und mehr als 3.000 g.

Aus Abbildung 5 wird ersichtlich, dass in beiden Gruppen circa ein Fünftel der Kinder (20,9 %) ein Geburtsgewicht unterhalb von 3.000 g aufweist. Der Mittelwert des Geburtsgewichts beträgt bei den türkischen Kindern in Deutschland 3.452 ± 523 g, in der Gruppe der türkischen Kinder in der Türkei 3.353 ± 395 g. Die Unterschiede zwischen den Gruppen sind nicht signifikant ($p = 0,801$).

Tabelle 10 zeigt das Ergebnis der Untersuchung eines möglichen Zusammenhangs zwischen Stilldauer und Geburtsgewicht.

Tabelle 10: Stilldauer in Monaten nach Geburtsgewicht

Land	Geburtsgewicht [g]	N	Min	Max	Mittelwert	SD
Mütter in der Türkei (n = 46)	≤ 3.000	9	3	25	11,56	7,8
	> 3.000	37	0,2	23	11,18	6,0
türkische Mütter in Deutschland (n = 45)	≤ 3.000	10	0	10	3,58	3,6
	> 3.000	35	0	24	6,29	6,6

In der Türkei werden leichtere Kinder innerhalb der Studienpopulation, in Deutschland hingegen schwerere Kinder geringfügig länger gestillt. In dieser Untersuchung beeinflusst das Geburtsgewicht des Kindes die Stilldauer nicht signifikant ($p = 0,85$).

3.3 Nahrungsversorgung der Säuglinge

In diesem Abschnitt wird untersucht, wie die Säuglinge der Untersuchungsteilnehmerinnen mit Nahrung versorgt werden. Dazu gehören zum einen die Stilldauer, das erste Anlegen zum Stillen nach der Geburt sowie die Stillart und zum anderen Zeitpunkt, Art und Umfang der Beifütterung, das Umstellen auf Flaschen-nahrung und der Zeitpunkt der Orientierung zur festen Nahrung. Zudem werden etwaige Negativfaktoren, wie der Konsum von Nikotin oder Schwarzem Tee, auf ihre Auswirkungen auf das Stillverhalten der befragten Mütter analysiert.

3.3.1 Gesamtstilldauer

Die Gesamtstilldauer ist ein wesentliches Kriterium in der Untersuchung des Stillverhaltens. Abbildung 6 zeigt die Werte für die Gesamtstilldauer in Gruppen von weniger als vier Monaten Stilldauer, zwischen vier und 14 Monaten und mehr als 14 Monaten, getrennt nach Untersuchungsland.

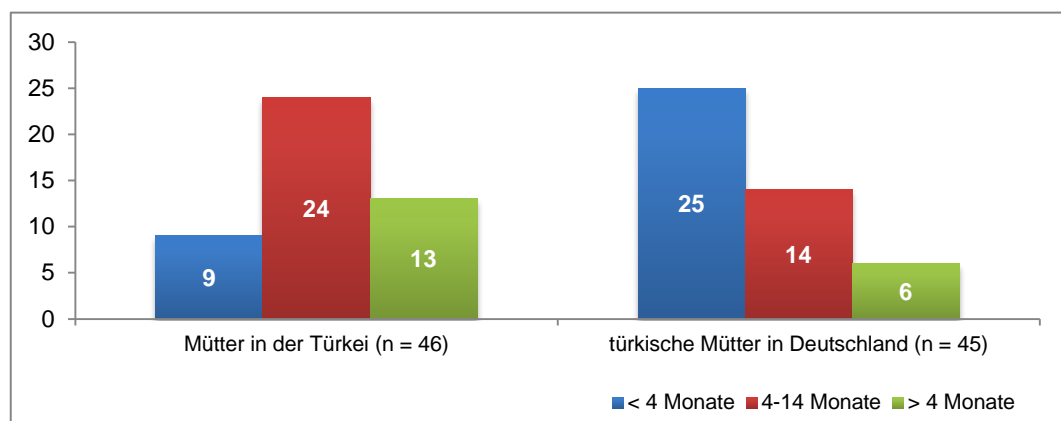


Abbildung 6: Verteilung der Gesamtstilldauer in Monaten

Tabelle 11 zeigt die Mittelwerte und Standardabweichungen der Gesamtstilldauer in beiden Gruppen.

Tabelle 11: Vergleich der Gesamtstilldauer beider Gruppen

	N	Mittelwert	SD
Mütter in der Türkei (n = 46)	46	11,30	6,26
Türkische Mütter in Deutschland (n = 45)	45	5,69	6,14

Die Gesamtstilldauer bei den türkischen Migrantinnen in Deutschland beträgt $5,7 \pm 6,1$ und in der Gruppe der Mütter in der Türkei $11,3 \pm 6,3$ Monate. Die Stilldauer von türkischen Frauen in der Türkei ist durchschnittlich um 5,6 Monate länger als bei Frauen, die in Deutschland leben. Die Frauen in der Türkei stillen ihre Kinder damit signifikant länger als türkeistämmige Frauen in Deutschland ($p < 0,0005$).

3.3.2 Erstes Anlegen

Das erste Anlegen kann die Stilldauer beeinflussen (Ever-Hadani 1994, AL-Mazroui et al. 1997, WHO 2001). Aus diesem Grund wird der Zeitpunkt des ersten Anlegens in den Studiengruppen untersucht. Abbildung 7 zeigt die Ergebnisse.

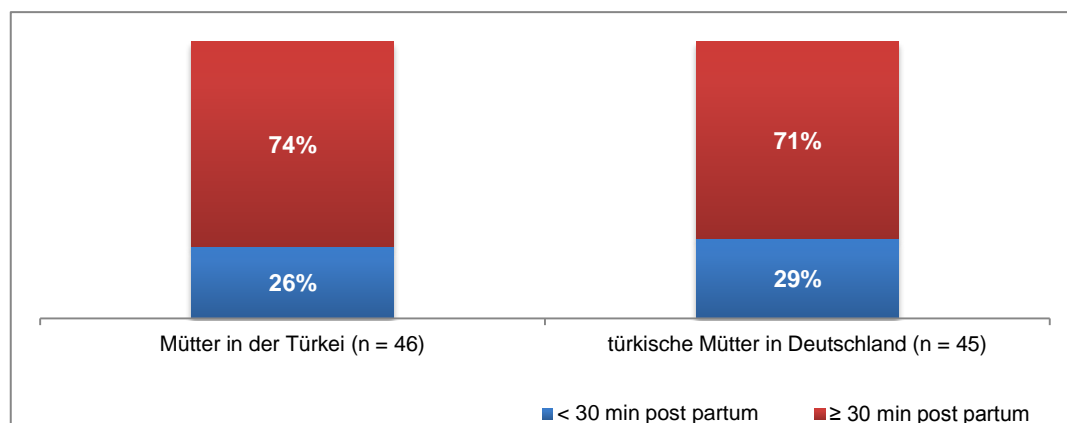


Abbildung 7: Zeitpunkt des ersten Anlegens in der Türkei und in Deutschland

Bei der Analyse des ersten Anlegens wird bei türkischen Müttern in Deutschland eine Zeitspanne von 30 ± 81 Minuten nach der Geburt nachgewiesen, wobei eine breite Streuung mit einem Minimum von 15 Minuten und einem Maximum von 48 Stunden beobachtet wird. Die Frauen in der Türkei legen die Kinder im Mittel

53 Minuten nach der Geburt erstmalig an; die Spanne ist auch hier bei einem Maximum von 72 Stunden weit.

Tabelle 12 zeigt die Ergebnisse aus der Analyse der Stilldauer in Monaten anhand des Zeitpunktes des ersten Anlegens.

Tabelle 12: Stilldauer in Monaten nach Zeitraum des ersten Anlegens

Land	Erstes Anlegen [Minuten nach Geburt]	N	Stilldauer			
			Min [Monate]	Max [Monate]	Mittelwert [Monate]	SD
Mütter in der Türkei	< 30	12	3	23	14,79	6,7
	≥ 30	34	0,2	25	10,06	5,7
türkische Mütter in Deutschland	< 30	13	0,5	19	9,15	6,1
	≥ 30	32	0	24	4,28	5,7

Der Unterschied ist in beiden Ländern signifikant (Türkei: $p = 0,023$; Deutschland: $p = 0,014$).

3.3.3 Zwischenfütterung

Abbildung 8 zeigt das Vorkommen einer Zwischenfütterung in den beiden Gruppen der Mütter in der Türkei und der türkeistämmigen Mütter in Deutschland.

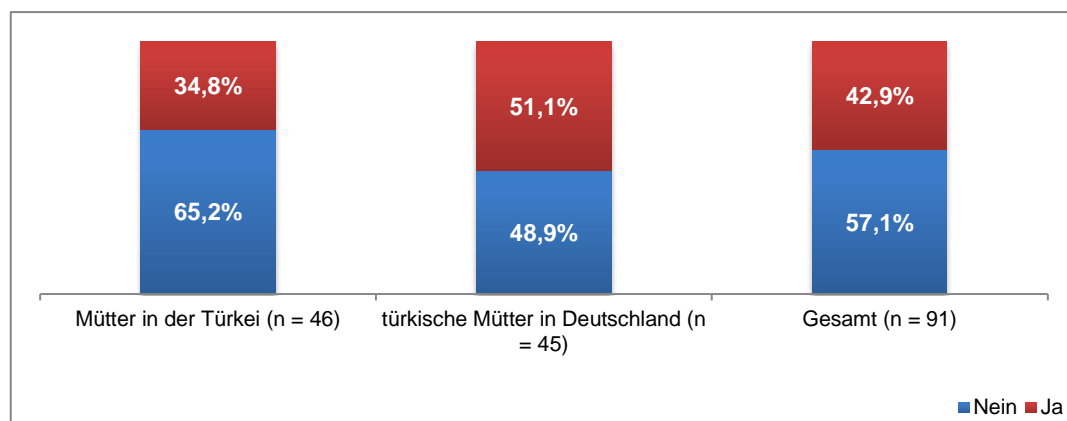


Abbildung 8: Häufigkeit einer Zwischenfütterung vor der Muttermilch

Insgesamt erfolgen Zwischenfütterungen mit einer Häufigkeit von 42,9 % in der Studienpopulation in Deutschland mit 51,1 % häufiger als in der Türkei mit 34,8 %. Dieser Unterschied ist jedoch nicht signifikant ($p = 0,141$).

3.3.4 Beginn der Gabe von Flaschennahrung

Aus unterschiedlichen Motiven entscheiden sich manche Mütter, nicht zu stillen. Es gibt nur wenige Gründe, nicht stillen zu können, z.B. aufgrund einer Chemotherapie der Mutter. Die befragten Mütter sind gesund. Abbildung 9 zeigt den Beginn der Flaschennahrung und damit das Ende mindestens des ausschließlichen Stillens an. Das Gesamtspektrum der Antworten zur Gabe von Flaschennahrung, das „vom ersten Tag an“ bis zu „ab 8 Monate“ reicht, ist in drei Bereiche geteilt, die als Antwortmöglichkeit zum Beginn der Flaschennahrung vorgegeben sind: jünger als vier Monate, zwischen vier und sechs Monaten und über sechs Monate.

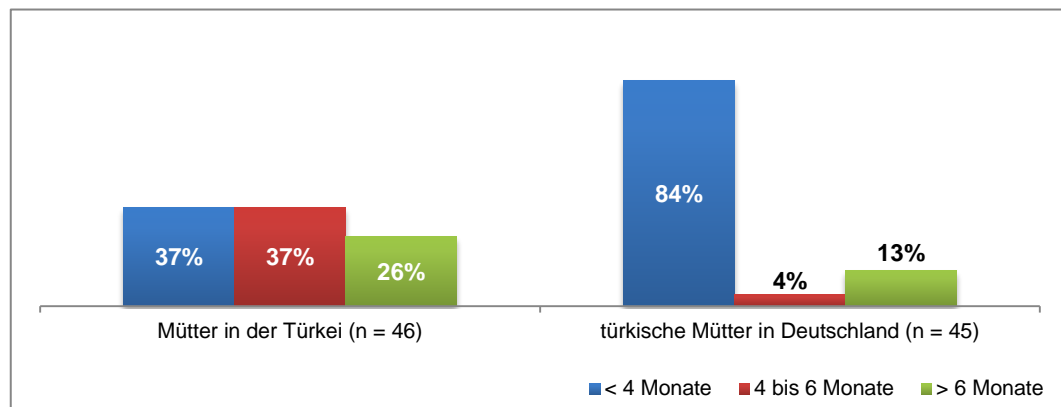


Abbildung 9: Beginn der Gabe einer Flaschennahrung, klassiert nach Alter des Kindes.

Abbildung 9 lässt erkennen, dass die in Deutschland lebenden Mütter türkischer Herkunft zu einem erheblichen Anteil früher mit der Flaschennahrung beginnen.

Der Unterschied zwischen den Ländern ist höchst signifikant ($p < 0,0005$).

3.3.5 Beginn der Breinahrung/Beikost

Beikost bezeichnet Nahrungsmittel für Babys, die nicht aus Muttermilch oder Muttermilchersatzprodukten bestehen. Frühestens ab Beginn des fünften, spätes-

tens ab siebtem Lebensmonat sollte mit der Gabe von Beikost, optimalerweise in Form von Gemüse-Kartoffel-Fleisch-Brei, begonnen werden.

Abbildung 10 visualisiert den Beginn der Breinahrung/Beikost. Die Gruppeneinteilung orientiert sich am empfohlenen frühesten und spätesten Beginn, entsprechend wird die Grenze bei sechs Monaten festgelegt und zwei Gruppen gebildet: jünger als sechs Monate und gleich oder älter als sechs Monate bei Beikostbeginn.

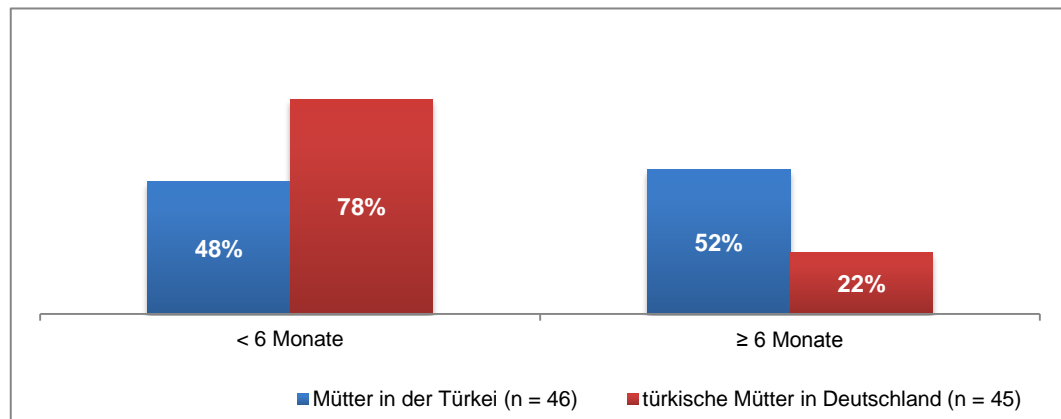


Abbildung 10: Beginn der Breinahrung/Beikost.

In Abbildung 10 wird deutlich, dass 78 % der in Deutschland lebenden, jedoch nur 48 % der in der Türkei lebenden Mütter ihre Säuglinge bereits in einem Alter von weniger als sechs Monate beifüttern. Der Unterschied zwischen den Ländern ist signifikant ($p = 0,008$).

3.3.6 Beginn der Gabe fester Nahrung

Der Beginn fester Nahrung muss nicht zwangsläufig mit einem vorzeitigen Abstillen einher gehen, das Risiko ist jedoch durch die geschmackliche Veränderung, die unterschiedliche Konsistenz und die Veränderung der Nahrungsaufnahme durch den Säugling selbst gegeben. Es wird daher geprüft, ab wann die Mütter mit der Gabe fester Nahrung beginnen (Abbildung 11).

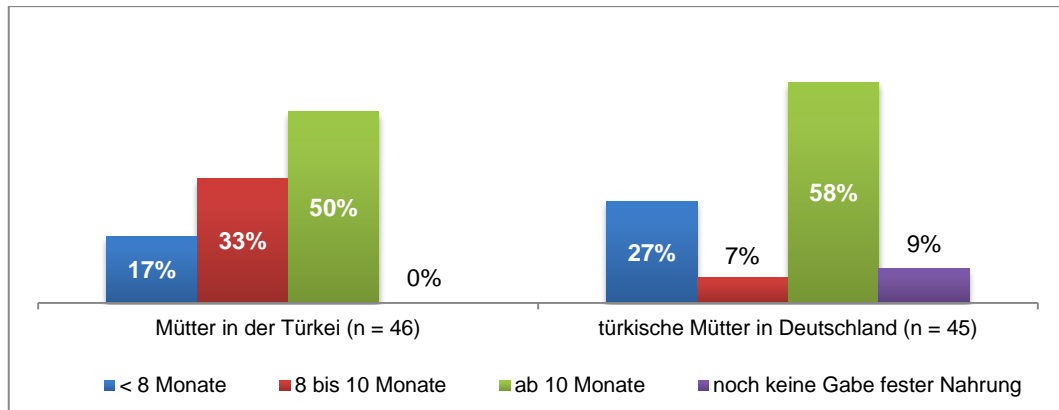


Abbildung 11: Zeitpunkt des Beginns der Gabe von fester Nahrung

Der Beginn der Gabe fester Nahrung an den Säugling liegt insgesamt später als der Beginn mit Breinahrung. Es zeigt sich eine breite Streuung der Zeitangaben von sechs bis 22 Monaten. Einige Mütter geben an, zum Zeitpunkt der Befragung noch nicht mit fester Nahrung begonnen zu haben.

Die Antworten lassen hier keinen eindeutigen Zusammenhang zwischen dem Land, in dem die Mutter lebt, und dem Beginn der Fütterung fester Nahrung erkennen. Während in beiden Ländern die Mütter zu etwa 50 % ihren Kindern erst ab 10 Monaten feste Kost geben, ist dieser Anteil für Kinder unter 8 Monaten höher bei Müttern türkischer Herkunft in Deutschland als bei Müttern in der Türkei. Dieser Unterschied ist signifikant ($p = 0,003$).

3.3.7 Stillrhythmus

Der Stillrhythmus kann ebenfalls einen Einfluss auf die Stilldauer ausüben. Feste Tageszeiten zum Stillen bedeuten meist einen hohen Aufwand, da der Tag, bedingt durch die Stillzeiten, durchstrukturiert sein muss. Dies kann zu einer Verkürzung der Stilldauer führen. Abbildung 12 zeigt den Stillrhythmus anhand der Etablierung fester Stillzeiten gegenüber dem Stillen nach Bedarf.

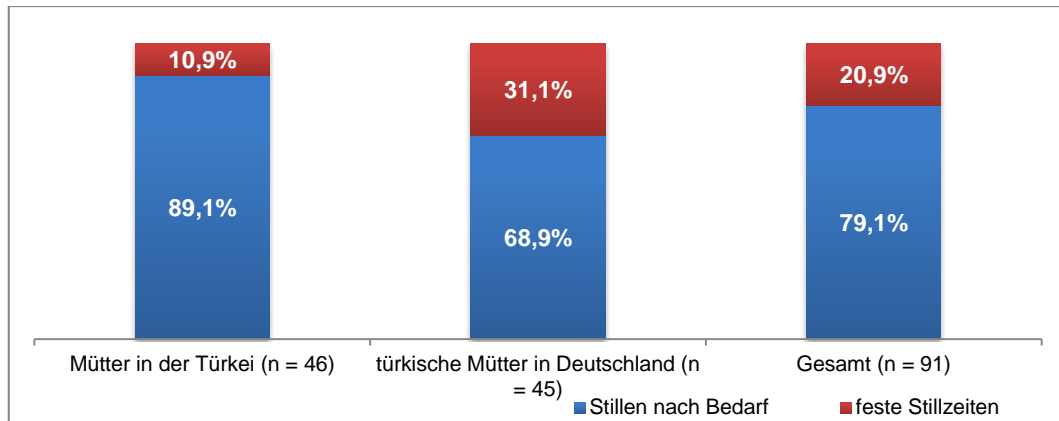


Abbildung 12: Feste Stillzeiten gegenüber dem Stillen nach Bedarf.

Insgesamt bevorzugen 20,9 % der Mütter einen festen Stillrhythmus. 31,1 % der in Deutschland lebenden Frauen etablieren einen festen Stillrhythmus, während 10,9 % der in der Türkei lebenden Mütter feste Stillzeiten angeben. Die Kinder der Studienteilnehmerinnen in der Türkei werden signifikant häufiger ad libitum gestillt ($p = 0,021$).

3.3.8 Genussmittel der Mutter während der Stillzeit

Rauchen ist ein häufiger Faktor für den vorzeitigen Abbruch des Stillens (Haber-
mann et al. 1999) und hat zudem einen negativen Einfluss auf die kindliche Ent-
wicklung. Der Genuss von schwarzem Tee birgt das Risiko, dem Säugling über
die Muttermilch eine schädliche Dosis an Koffein zu verabreichen. Aus diesem
Grund werden diese beiden, weit verbreiteten Risikofaktoren untersucht.

Nikotin

Abbildung 13 visualisiert den Tabakkonsum während der Stillzeit in den Gruppen
Mütter in der Türkei und türkische Mütter in Deutschland.

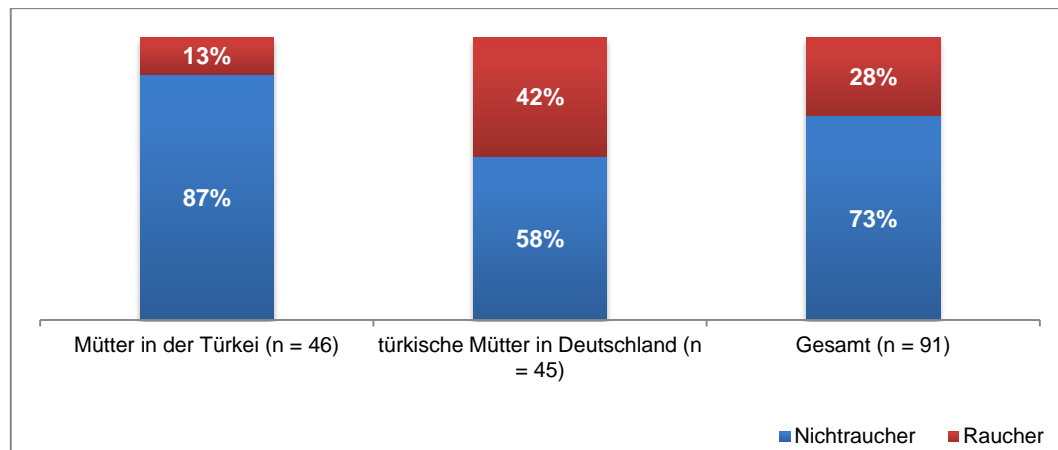


Abbildung 13: Nikotinkonsum während der Stillzeit

Der Anteil von Raucherinnen in der Türkei und in Deutschland ist unterschiedlich hoch. Es gibt mehr Mütter türkischer Herkunft in Deutschland, die während der Stillphase rauchen (42 %) als in der Türkei (13 %). Der Unterschied beim Nikotinabusus während der Stillzeit ist zwischen beiden Gruppen signifikant ($p = 0,002$). Der Einfluss des Rauchens auf die Stilldauer ist nicht signifikant ($p = 0,204$).

Schwarzer Tee

Abbildung 14 visualisiert den Konsum schwarzen Tees während der Stillzeit in den Gruppen türkische Mütter in der Türkei und türkische Mütter in Deutschland.

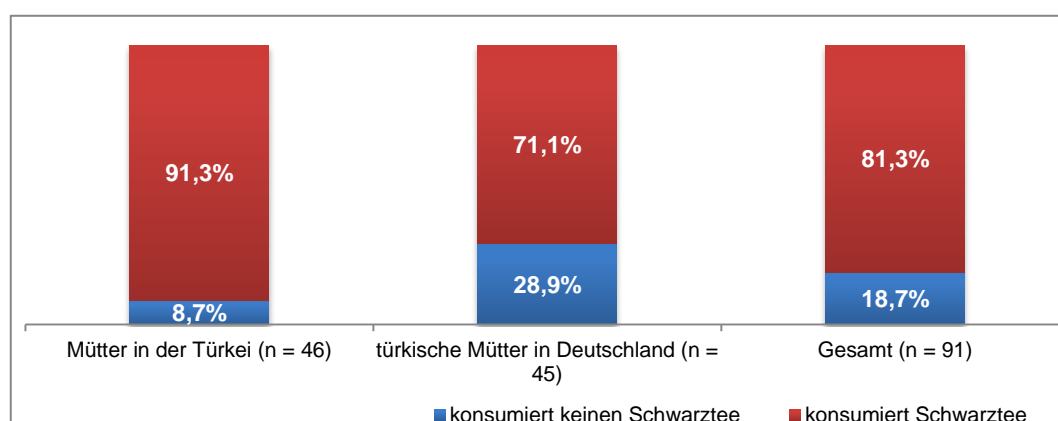


Abbildung 14: Konsum von schwarzem Tee während der Stillzeit

Insgesamt konsumieren 81,3 % der befragten Mütter während der Stillzeit schwarzen Tee. In der Gruppe der Mütter in der Türkei ist der Konsum mit 91,3 % höher als bei den Müttern türkischer Herkunft in Deutschland (71,1 %). Der Unterschied zwischen den Gruppen ist signifikant ($p = 0,016$).

Der Zusammenhang des Schwarzteeconsums mit der Stilldauer ist in beiden Ländern hochsignifikant ($p = 0,000$).

3.4 Unterstützung der Stillenden

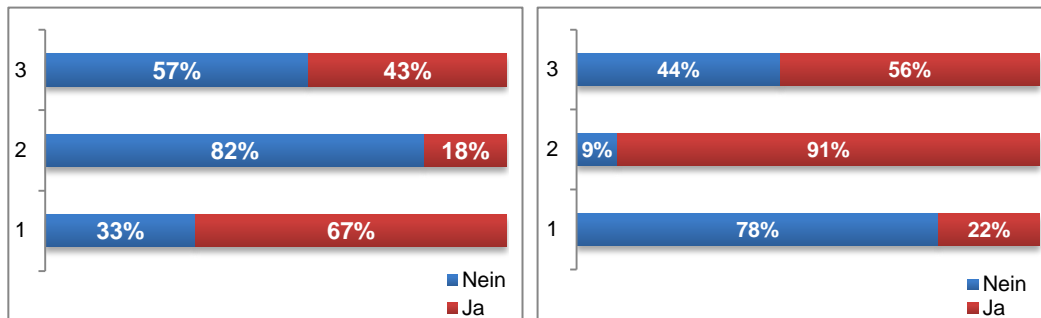
Bis 1996 erscheinen insgesamt lediglich 19 Veröffentlichungen in Medline (Medical Literature Analysis and Retrieval System online), die sich mit der Beteiligung von Vätern am Stillprozess hinsichtlich der Frage der Entscheidung zum Stillen befassen. Es wird festgestellt, dass die Haltung des Vaters zum Stillen vor allem von der Schichtzugehörigkeit (Raj und Plichta 1998, S. 42) und der Bildung (Freed et al. 1992, S. 225) beeinflusst wird. Zimmermann (1999) zeigt in einem US-amerikanischen Krankenhaus, dass der Anteil stillender Mütter in den ersten zwei Wochen nach der Geburt von 36 % auf 66 % steigt, wenn sie durch Stillgruppen unterstützt werden. Eine positive Grundhaltung des privaten Umfeldes, insbesondere des Lebensgefährten zum Stillen kann nach Reime et al. zu einer signifikanten Verlängerung des Stillens führen. Durch Desinteresse oder eine ablehnende Haltung kann dagegen die Stilldauer erheblich verkürzt werden (Reime et al. 2000).

Der Zusammenhang der Stilldauer mit der professionellen Unterstützung durch Ärzte und Hebammen sowie mit der privaten Unterstützung durch den Lebenspartner, die Familie und Freunde werden daher in den folgenden Abschnitten dargestellt.

3.4.1 Professionelle Unterstützung durch Ärzte und Hebammen

Die professionelle Unterstützung durch Ärzte und Hebammen kann dazu beitragen, die Stilldauer zu erhöhen und das Stillverhalten allgemein zum Wohl des Kindes zu modulieren. Abbildung 15 zeigt, ob die befragten Mütter während der Stillzeit ärztliche Unterstützung erhalten haben. Abbildung 16 zeigt, inwieweit die

befragten Mütter während der Stillzeit Betreuung durch eine Hebamme erhalten haben.



1 Mütter in der Türkei (n = 46), 2 Türkische Mütter in Deutschland (n = 45), 3 Gesamt (n = 91)

Abbildung 15: Ärztliche Unterstützung.

Abbildung 16: Unterstützung durch Hebammen

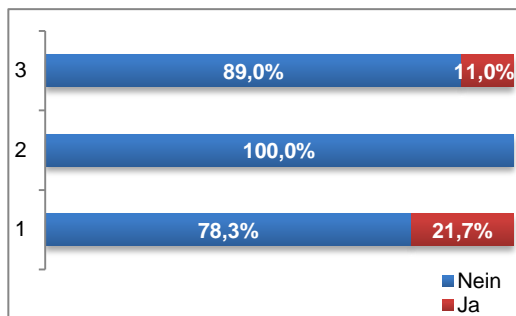
Insgesamt erhalten 42,9 % der befragten Mütter ärztliche Unterstützung während der Stillzeit. Mütter in der Türkei geben zu 67,4 % an, ärztliche Unterstützung zu erhalten, jedoch nur 17,8 % der Befragten in Deutschland. Der Unterschied ist hochsignifikant ($p < 0,001$).

56 % aller Mütter geben eine Betreuung durch Hebammen an, 21,7 % in der Türkei und 91,1 % in Deutschland. Der Unterschied ist hochsignifikant ($p < 0,001$).

Die Betreuung durch Ärzte oder Hebammen zeigt in beiden Ländern einen hochsignifikanten Einfluss auf die Stilldauer ($p < 0,0005$).

3.4.2 Persönliche Unterstützungen durch Ehemann, Eltern und Freunde

Die Unterstützung durch das private Umfeld, wie Ehemann, Eltern und Freunde, kann Stilldauer und Stillverhalten positiv beeinflussen. Abbildung 17 zeigt, ob die befragten Mütter während der Stillzeit von ihrem Ehemann unterstützt werden. Abbildung 18 visualisiert die Daten zur Unterstützung durch die Eltern.



1 Mütter in der Türkei (n = 46), 2 Türkische Mütter in Deutschland (n = 45), 3 Gesamt (n = 91)

Abbildung 17: Unterstützung
durch den Ehemann.

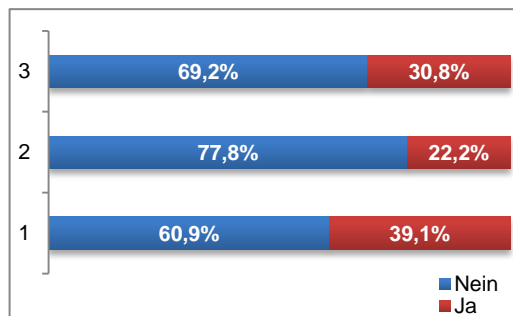


Abbildung 18: Unterstützung
durch die Eltern.

Insgesamt geben lediglich 11 % der Mütter an, während der Stillzeit Unterstützung von ihrem Ehemann zu erhalten. In der Türkei wird jede fünfte der befragten Frauen von ihrem Ehemann unterstützt, in Deutschland keine. Der Unterschied ist hochsignifikant ($p < 0,001$).

Insgesamt werden 30,8 % der Mütter von ihren Eltern unterstützt, 39,1 % in der Türkei und 22,2 % in Deutschland. Der Unterschied zwischen den Befragten in der Türkei und in Deutschland ist nicht signifikant ($p = 0,112$).

Die Teilnehmerinnen werden zusätzlich befragt, ob sie während der Stillzeit Hilfe von Freunden erhalten haben. Insgesamt geben 15,4 % an, von Freunden unterstützt zu werden. Ein signifikanter Unterschied ist zwischen den Gruppen feststellbar: Mütter in der Türkei bejahen diese Frage zu 26,1 %, türkische Mütter in Deutschland lediglich zu 4,4 %. Der Unterschied ist signifikant ($p = 0,007$).

3.5 Multiple Regression

Es wird mit einer schrittweisen (rückwärtsgerichteten) multiplen Regression gerechnet und die Stildauer in Monaten als abhängige Variable eingesetzt. Die unabhängigen Variablen bilden die untersuchten Einflussfaktoren. Es ergeben sich 6 Schritte.

Tabelle 13: Modellzusammenfassung

Modell	R	R ²	Korrigiertes R ²	Standardfehler des Schätzers
1	,487	0,237	0,161	6,173
2	,487	0,237	0,171	6,135
3	,487	0,237	0,181	6,099
4	,486	0,236	0,190	6,064
5	,478	0,229	0,192	6,058
6	,467	0,218	0,190	6,064

Zuletzt kann ein korrigiertes R² von 0,19 als Ergebnis zusammengefasst werden. Das heißt, 19 % der Varianz in der Stilldauer in Monaten wird durch die im Modell verbliebenen Einflussfaktoren verursacht. Im letzten Schritt stellen sich das Land und das Alter der Mutter als signifikante Einflussfaktoren heraus ($p < 0,0005$ bzw. $p = 0,036$). Zusätzlich bleibt die Geburtsart im Endmodell mit einem p-Wert von 0,065. Die Regressionskoeffizienten zeigen:

- Bei den in der Türkei lebenden Müttern der Studie ist die Stillzeit länger, auch wenn zusätzliche Einflussfaktoren korrigiert werden.
- Je höher das Alter der Mutter, desto länger ist die Stillzeit.
- Bei natürlicher Geburt ist die Stillzeit länger als nach einem Kaiserschnitt.

Es wurde eine schrittweise lineare Regression durchgeführt, um den gemeinsamen Einfluss der wichtigsten Einflussfaktoren auf die Stilldauer, Land, Tabak, Alter der Mutter und Bildung der Mutter zu untersuchen. Das finale Modell wird im sechsten Schritt erreicht. Es enthält als signifikante bzw. annähernd signifikante Einflussfaktoren: Land ($p < 0,0005$), Alter der Mutter ($p = 0,036$) und Geburtsart ($p = 0,065$).

Tabelle 14: Koeffizienten der verschiedenen Regressionsmodelle

Modell	Nicht standardisiert		Standardisiert		
	Regressions- koeffizient B	Standard- fehler	Beta	T	Signifikanz (p)
1	(Konstante)	11,691		1,800	0,076
	Land	-4,473	-0,334	-2,850	0,006
	Tabak	-1,71	-0,113	-1,080	0,281
	Alter Mutter	0,251	0,204	2,029	0,046
	Geburtsart	-3,371	-0,217	-1,850	0,068
	Frühes 1.Stillen	0	0,024	0,209	0,835
	Berufstätig	0,523	0,025	0,220	0,826
	Geburtsgewicht	0	0,004	0,041	0,967
	Bildung Mutter	1,39	0,100	0,881	0,381
2	(Konstante)	11,883		2,657	0,010
	Land	-4,464	-0,333	-2,890	0,005
	Tabak	-1,709	-0,113	-1,090	0,279
	Alter Mutter	0,251	0,204	2,043	0,044
	Geburtsart	-3,37	-0,217	-1,860	0,067
	Frühes 1.Stillen	0	0,023	0,206	0,837
	Berufstätig	0,52	0,025	0,220	0,826
	Bildung Mutter	1,393	0,100	0,889	0,377
3	(Konstante)	11,709		2,681	0,009
	Land	-4,424	-0,330	-2,910	0,005
	Tabak	-1,68	-0,111	-1,080	0,282
	Alter Mutter	0,252	0,205	2,066	0,042
	Geburtsart	-3,23	-0,208	-1,930	0,057
	Berufstätig	0,481	0,023	0,206	0,837
	Bildung Mutter	1,336	0,096	0,871	0,386
4	(Konstante)	11,674		2,691	0,009
	Land	-4,476	-0,334	-3,000	0,004
	Tabak	-1,702	-0,113	-1,110	0,272
	Alter Mutter	0,252	0,205	2,079	0,041
	Geburtsart	-3,113	-0,200	-1,990	0,050
	Bildung Mutter	1,39	0,100	0,925	0,358
5	(Konstante)	12,835		3,093	0,003
	Land	-5,035	-0,375	-3,690	0,000
	Tabak	-1,655	-0,110	-1,080	0,284
	Alter Mutter	0,244	0,199	2,022	0,046
	Geburtsart	-2,792	-0,180	-1,840	0,070
6	(Konstante)	12,823		3,088	0,003
	Land	-5,52	-0,412	-4,280	0,000
	Alter Mutter	0,256	0,209	2,128	0,036
	Geburtsart	-2,848	-0,183	-1,870	0,065

a. Abhängige Variable: Stilldauer in Monaten

In Tabelle 15 werden alle Studienergebnisse zusammengefasst dargestellt.

Tabelle 15: Zusammenfassung der Studienergebnisse.

Fett: Signifikanter Zusammenhang mit der Stilldauer. *Kursiv:* nicht signifikanter Zusammenhang mit der Stilldauer.

Altersverteilung:	<p>Der Mittelwert der Altersverteilung bei den türkischen Müttern in der Türkei liegt bei $29 \pm 4,82$ Jahren, bei den türkei-stämmigen Migrantinnen in Deutschland $30 \pm 6,37$ Jahren. Der Mittelwert der Altersverteilung bei den Vätern in der Türkei beträgt $33 \pm 6,6$ Jahre, in der Gruppe in Deutschland $32 \pm 6,5$ Jahre.</p> <p>Der Einfluss des Alters auf die Stilldauer ist signifikant ($p = 0,011$).</p>
Bildung der Eltern:	<p>Der Unterschied in der mütterlichen Bildung zwischen den Studienteilnehmerinnen in der Türkei und in Deutschland zeigt ein signifikant höheres Bildungsniveau in der Türkei ($p < 0,0005$). Die entsprechenden Vätergruppen erreichen sogar ein hochsignifikantes Ergebnis ($p = 0,001$) mit einer höheren Bildung der Väter in der Türkei.</p> <p><i>Die Stilldauer von Frauen mit höherer Bildung ist in beiden Ländern höher, der Unterschied ist jedoch nicht signifikant.</i></p>
Anzahl der Kinder in der Familie	<p>In der Türkei lebende Studienteilnehmerinnen haben weniger häufig mehr als drei Kinder als in Deutschland lebende.</p> <p><i>Der Einfluss der Kinderzahl auf die Stilldauer ist nicht signifikant ($p = 0,456$).</i></p>
Anzahl der Wohnungszimmer der Familien:	<p>Die Anzahl der 4-Zimmer-Wohnungen liegt bei den türkischen Müttern in der Türkei bei 65,2 %. Im Vergleich bewohnen nur 33,3 % der Frauen in Deutschland eine Wohnung mit vier Zimmern. Der Unterschied ist signifikant ($p = 0,004$).</p> <p>Die Stilldauer erhöht sich hochsignifikant mit der Anzahl der verfügbaren Wohnräume ($p = 0,000$).</p>
Geburtsart:	<p>Der Kaiserschnitt wird in Deutschland seltener durchgeführt als in der Türkei. Der Unterschied ist nicht signifikant ($p = 0,807$).</p> <p><i>Der Einfluss der Geburtsart auf die Stilldauer ist nicht signifikant ($p = 0,186$).</i></p>
Geburtsgewicht:	<p>Die Unterschiede im Geburtsgewicht der Kinder sind zwischen den Gruppen nicht signifikant ($p = 0,801$). Die Kinder mit niedrigerem Gewicht werden in Deutschland weniger lange, in der Türkei geringfügig länger gestillt als Kinder mit einem höheren Geburtsgewicht.</p> <p><i>Der Unterschied ist nicht signifikant und hat keinen Einfluss auf die Stilldauer ($p = 0,85$).</i></p>

Gesamtstilldauer:	Die Stilldauer von Müttern in der Türkei liegt im Durchschnitt um 5,5 Monate höher und damit fast doppelt so hoch wie bei den türkeistämmigen Frauen in Deutschland. Der Unterschied ist hochsignifikant ($p < 0,0005$).
Erstes Anlegen:	Der Unterschied zwischen den Gruppen ist in beiden Ländern signifikant (Türkei: $p = 0,023$; Deutschland: $p = 0,014$).
Zwischenfütterung	Bei den türkischen Studienteilnehmerinnen in Deutschland wird nicht signifikant häufiger das Kind zwischengefüttert.
Beginn der Gabe von Flaschennahrung	Die in Deutschland lebenden Mütter türkischer Herkunft beginnen zu einem erheblichen Anteil früher mit der Flaschennahrung. Der Unterschied zwischen den Ländern ist hochsignifikant ($p < 0,0005$).
Beginn der Breinahrung/Beikost	Die in Deutschland lebenden Mütter türkischer Herkunft beginnen zu einem erheblichen Anteil bereits in einem Alter von weniger als sechs Monaten mit der Breinahrung. Der Unterschied zwischen den Ländern ist signifikant ($p = 0,008$).
Beginn der Gabe fester Nahrung	Während in beiden Ländern die Mütter zu etwa 50 % ihren Kindern erst ab 10 Monaten feste Kost geben, ist dieser Anteil für Kinder unter 8 Monaten höher bei Müttern türkischer Herkunft in Deutschland als bei Müttern in der Türkei. Der Unterschied zwischen den Ländern ist signifikant ($p = 0,003$).
Stillrhythmus:	Kinder von Müttern, die in der Türkei leben, werden häufiger nach Bedarf gestillt als Kinder von türkischen Müttern in Deutschland. Der Unterschied ist signifikant ($p = 0,021$).
Genussmittel der Mutter	Der Anteil der Mütter, die während des Stillens rauchen, ist zwischen den Gruppen unterschiedlich hoch: In der Türkei rauchen weniger Frauen als in Deutschland.

während der Stillzeit:	<p>Es besteht ein signifikanter Unterschied ($p = 0.002$).</p> <p>Frauen in der Türkei konsumieren während der Stillzeit mehr schwarzen Tee als Frauen in Deutschland.</p> <p>Der Unterschied ist signifikant ($p = 0,016$).</p> <p>Der Konsum von Genussmitteln beeinflusst die Stilldauer hochsignifikant in beiden Ländern ($p < 0,0005$).</p>
Professionelle Unterstützung durch Ärzte und Hebammen:	<p>Mütter in der Türkei erhalten mehr Unterstützung durch ärztliches Personal. Türkische Mütter in Deutschland haben gegenüber den Müttern in der Türkei umfangreichere Unterstützung durch Hebammen erhalten.</p> <p>Beide Unterschiede sind hochsignifikant ($p < 0,001$).</p> <p>Die Stilldauer wird ebenfalls hochsignifikant von der Unterstützung beeinflusst ($p < 0,0005$): Je stärker die Unterstützung durch medizinisch geschultes Personal ist, desto länger ist die Stilldauer.</p>
Persönliche Unterstützungen durch Ehemann, Eltern und Freunde:	<p>Mütter in der Türkei erhalten von ihren Ehemännern, Familien und Freunden signifikant mehr Unterstützung als Migrantinnen in Deutschland.</p> <p><i>Das Ausmaß der Unterstützung zeigt keinen signifikanten Unterschied zwischen den Ländern.</i></p> <p>In beiden Ländern hat die Unterstützung durch Ehemann, Eltern und/oder Freunde einen höchst signifikanten Einfluss auf die Stilldauer.</p>
Eisensupplementierung	<p>Die beiden Länder unterscheiden sich signifikant hinsichtlich der Eisensupplementierung: Türkei 52%, Deutschland 2% ($p < 0,0005$).</p> <p><i>Der Einfluss der Eisensupplementierung auf die Stillzeit ist nicht signifikant ($p=0,103$).</i></p>
Multiple Regression	<p>Signifikante bzw. annähernd signifikante Einflussfaktoren auf die Stilldauer sind:</p> <ul style="list-style-type: none">• Land ($p < 0,0005$)• Alter der Mutter ($p = 0,036$)• Geburtsart ($p = 0,065$)

4 Diskussion

4.1 Erhebungsmethoden

In einer Reihe von anderen Studien liegen bereits Untersuchungen bezüglich der Stilldauer von Müttern vor, die mit unterschiedlichen Erhebungsmethoden ermittelt wurden.

In der vorliegenden Arbeit wurden die qualitativen und quantitativen Stillunterschiede von 46 türkischen Müttern in der Türkei und 45 türkischen Müttern in Deutschland anhand eines Fragebogens verglichen. Es sollte untersucht werden, ob ein Unterschied in der Stilldauer der beiden Gruppen existiert und was dazu geführt hat. Die Frauen wurden per Hausbesuch interviewt.

Im Rahmen dieser Studie konnte festgestellt werden, dass einige Mütter weniger Informationen über die Vorteile des Stillens und über die Nachteile des frühen Zufütterns besaßen. Außerdem wurde während der Hausbesuche zum Thema Stillen und Gesundheit immer wieder auf die Bedeutung des Stillens über eine Dauer von mindestens 6 Monaten hingewiesen.

4.2 Einflussfaktoren

Im Folgenden werden die Faktoren, welche das Stillverhalten der Mütter mit dem Fokus auf Veränderungen der Stillgewohnheiten im Falle der Migration beeinflussen, angeführt. Das Ergebnis dieser Studie ergab höchst signifikante Abweichungen hinsichtlich der Stilldauer ($p < 0,0005$). Frauen in der Türkei stillen im Durchschnitt 11,3 Monate, Frauen in Deutschland 5,7 Monate.

Hjern et al. (1990) stellen fest, dass Mütter von Flüchtlingsfamilien die Ernährungs- und Stillgewohnheiten aus ihren Heimatländern (Naher Osten und Chile) im Asylland fortsetzten. Aus Städten stammende Mütter stillen kürzer als diejenigen aus ländlichen Gebieten. Bei türkischen Migrantinnen wurde im Vergleich mit Schwedinnen eine kürzere Stilldauer sowie ein früher Einsatz von Muttermilchersatzprodukten ermittelt (Koçtürk und Mjones 1986). Insbesondere für türkische Migrantinnen in Deutschland stellt sich die dringende Aufgabe, sowohl die Zahl der ausschließlich gestillten Kinder bis zum Alter von sechs Monaten als

auch den Prozentsatz von Kindern, die Zugang zu Muttermilch bis zum Ende des zweiten Lebensjahres haben, zu erhöhen.

4.3 Diskussion der eigenen Ergebnisse und der Literatur

Wie oben bereits erläutert wurde, ist die Stilldauer von Frauen, die in der Türkei leben, im Durchschnitt um 5,5 Monate länger als bei türkischen Frauen, die in Deutschland leben. Ebenso ist die Tendenz zum ausschließlichen Stillen bei türkischen Müttern in der Türkei höher als bei türkischen Migrantinnen in Deutschland. Das ausschließliche Stillen ist ein wichtiger Einflussfaktor auf die Stilldauer.

2001 werden weltweit durchschnittlich etwa 44 % der Säuglinge drei Monate ausschließlich gestillt (UNICEF 2001). Zwischen 1996 und 2006 stieg der Anteil der ausschließlich gestillten Säuglinge in nahezu allen Regionen der Welt. Dennoch liegt der Anteil dieser Säuglinge in Mittel- und Osteuropa bei lediglich 19 %. Dabei steht die Mongolei mit 93 % weltweit an erster Stelle und Usbekistan mit 4 %, zusammen mit den Staaten des Jugoslawiens, mit 6 % an letzter Stelle (UNICEF 2007). Die Prävalenz von ausschließlichem Stillen wurde in Studien aus europäischen Staaten häufig mit einem Zeitraum von vier Monaten angegeben. Dabei steht Schweden mit 69 % an erster Stelle und Italien mit 26 % an letzter Stelle. Deutschland liegt mit 33 % in der Mitte. Anschließend sinken jedoch diese Raten in allen Ländern deutlich ab (WHO Europa 2015). Grundsätzlich zeigen die Daten der KIGGS-Studie eine leichte Erhöhung des Stillens in den letzten Jahren um 4 %. Nach wie vor hängt die Stilldauer von mehreren Faktoren ab, insbesondere vom Alter der Mutter, ihrem Bildungsstand, dem Rauchverhalten und der Geburtszeit und -art (Von der Lippe et al. 2014).

Ausschließliches Stillen wird in den USA durch folgende Faktoren begünstigt: Stillentscheidung in der Schwangerschaft, vaginale Entbindung, rasches Anlegen unmittelbar nach der Geburt, hoher Bildungsstand und eine feste Partnerschaft (Kurinić und Shiono 1991). In Entwicklungsländern wird hingegen eine geringere Schulbildung häufiger mit ausschließlichem Stillen assoziiert (Sachdev und Mehrotra 1995, Eregie und Paed 1998).

Gabe von Formula (künstliche Milchnahrung):

In einer Studie aus der Hauptstadt der Türkei (Karacam 2008) konnte gezeigt werden, dass von 514 Müttern, die an der Studie teilgenommen haben, im Zeitraum von 0 - 4 Monaten nach der Geburt 50,6 % ihre Neugeborenen ausschließlich gestillt haben, 15,0 % mit Muttermilch und Wasser, 16,9 % mit Muttermilch und Formula, 13,6 % mit Muttermilch, Formula und anderer Babynahrung und 3,9 % mit Formula und anderer Babynahrung. Laut Karacam erhöht sich durch Babys, die häufig schreien, die Gabe von Zusatznahrung in der Kinderernährung. Hebammen und Krankenschwestern sollten, um dieser Tendenz entgegenzuwirken und die Zahl der ausschließlich Stillenden zu erhöhen, dazu ermutigt werden, Mütter von schreienden Babys individuell beim Stillen zu unterstützen (Karacam 2008). Tarrant et al. (2015) fanden zusätzlich heraus, dass ein marktüblicher Preis für Formula im Krankenhaus die Zufütterung senken und das ausschließliche Stillen noch während des stationären Aufenthaltes nach der Geburt erhöhen kann. Diese Maßnahme kann zum Wohl der Kinder relativ einfach angewendet werden und wird von der Autorin der hier vorliegenden Arbeit befürwortet.

In der hier erarbeiteten Studie hatten 20,9 % der Mütter eine feste Stillzeit, der übrig bleibende größere Teil der Mütter jedoch stillte die Kinder nach Bedarf. Der Bedarf wurde aus dem Schreien der Babys geschlussfolgert. Außerdem berichteten die Mütter, dass die Ursache zum Zufüttern in dem Gedanken, zu wenig Muttermilch zu haben, lag. Hebammen und Krankenschwestern sollten, um dieser Tendenz entgegenzuwirken und die Zahl der ausschließlich Stillenden zu erhöhen, dazu ermutigt werden, Mütter besser über den Nährstoffbedarf der Säuglinge zu informieren.

Laut einer Studie in Istanbul (Alkasifoglu, et al. 2001) wurden 54 % der vier Monate alten Kinder ausschließlich gestillt. Die Cox-Regression-Analyse zeigt eine negative Wirkung der Formula-Supplementation auf das ausschließliche Stillen während des Krankenhausaufenthaltes: Der Median für den Anfang der Zufütterung von Nicht-Muttermilch-Flüssigkeiten betrug für Kinder, die im Krankenhaus Formula bekommen haben, einen Monat. Demgegenüber ist der Median für die, die keine Formula erhielten, bei drei Monaten. Die Signifikanz des Unterschieds ist mit $P = 0,001$ angegeben (Alkasifoglu et al. 2001).

In einer Studie aus Hawaii wurden Stillhäufigkeiten im multiethnischen Bereich untersucht. Im sechsten Monat nach der Geburt stillten 54 % der Mütter ihre Kinder, fast 16 % davon stillten ausschließlich. Die Weißen hatten die höchsten Raten und die Filipinos die Niedrigsten. Die Verwendung von Formula während des Aufenthaltes im Krankenhaus war die signifikante Verbindung zu nachfolgender niedriger Stillrate im sechsten Monat (Pager et al. 2008).

Diejenigen Mütter, die ihre Kinder teils oder nur mit Formula ernährt haben, hatten ihre Schullaufbahn noch nicht beendet, hatten Probleme mit dem häufigen Stillbedürfnis des Kindes und im Umgang mit dem Kind. Auch dachten sie, dass Flaschenernährung leichter zu handhaben ist. Außerdem fütterten Mütter zu, die kostenloses Formula bekommen haben und solche, die aus ökonomischen Gründen zurück in das Arbeitsleben mussten (Ghaemi-Ahmadi 1992). Weiterhin haben Mütter, die bereits im Geburtsraum stillen konnten, länger gestillt ($p < 0.01$) (Ghaemi-Ahmadi 1992).

Wie sieht es mit der Stlldauer aus?

Die vorliegenden Veröffentlichungen beinhalten Informationen zur Häufigkeit des Stillens im ersten Lebensjahr. Während in Norwegen 40 % (Nylander 2000) und in Schweden 20 % (Koçtürk und Zetterström 1999) der Einjährigen noch teilweise gestillt werden, sind es in Deutschland im gleichen Erhebungszeitraum 13 % (Dulon und Kersting 2000) und in Italien 4 % (Riva et al. 1999).

Hat der Stillbeginn einen Einfluss auf die Stlldauer?

Während in der Türkei 47,8 % ($n = 22$) die Mütter innerhalb der ersten 30 Minuten mit dem Stillen angefangen haben, war dies in Deutschland bei 52,3 % ($n = 23$) der Mütter der Fall. Hinsichtlich dieses mäßigen Unterschiedes wurde im Fisher-Test mit $p = 0,417$ keine statistische Signifikanz gemessen. Laut Kurinij et al. (1991) sowie Wang et al. (2014) begünstigt ein rasches Anliegen unmittelbar nach der Geburt das ausschließliche Stillen und damit auch die Stlldauer.

Anzahl der Kinder

An einer israelischen Studie zum Stillen nahmen 132 Mütter teil, der In einer israelischen Studie zum Stillen (Zur et al. 2004) mit 132 teilnehmenden Müttern betrug der Median der Stilldauer 10,7 Wochen ($SD = 13$). Frauen aus Nordafrika waren im Vergleich zu Müttern im Iran/ Irak/ in der Türkei ($29,7 \pm 39,8$) ($p < 0,05$) weniger in der Lage, das Stillen fortzuführen ($8,8 \pm 21,1$). Der Median der Stilldauer war bei den Müttern, die außer Haus arbeiteten, länger als bei Hausfrauen ($7,7 \pm 14,5$ vs. $16,9 \pm 29,3$; $p = 0,05$). Diese Frauen verfügten im Vergleich mit Hausfrauen über eine höhere Schulbildung ($14,0 \pm 2,7$ Jahre vs. $11,6 \pm 1,4$ Jahren; $p < 0,05$).

Mütter von drei Kindern gelang es weniger, das Stillen fortzuführen als Müttern mit zwei Kindern ($8,8 \pm 10,6$ Wochen vs. $16,1 \pm 19,7$ Wochen $p < 0,05$). Nordafrikanische Mütter, Hausfrauen und Mütter von drei oder mehr Kindern benötigen demnach noch verstärkt Unterstützung.

Aus Abbildung fünf in Kapitel 3.13 wird ersichtlich, dass in der Türkei die Anzahl der Mütter mit weniger als drei Kindern höher ist als bei den türkischen Migrantinnen in Deutschland. Dies bestätigt die Studie von Zur et al. (2004).

Anzahl der Zimmer

Die Anzahl der Zimmer in der Wohnung ist bei Müttern, die in der Türkei leben, höher. Der Anteil der 4-Zimmer-Wohnungen beträgt bei türkischen Müttern in der Türkei 65,2 %, wogegen nur 33,3 % der türkischen Migrantinnen in Deutschland eine Wohnung mit vier Zimmern bewohnen.

In einer Studie von Naggan (1991) und seinen Mitarbeitern zu beduinischen Müttern haben im sechsten Monat 13,9 % der Mütter, die in einem Zelt wohnen, ihre Kinder ausschließlich gestillt; dagegen 9,1 % derjenigen, die in einer Hütte und 6,4 % derjenigen, die in einem Haus wohnen. Die Signifikanz des Unterschieds ist mit $p = 0,001$ angegeben.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, dass eine höhere Bildung und eine höhere Anzahl an Wohnräumen das Stillen begünstigen. Dies scheint Naggans

Untersuchungsergebnissen, welche die traditionell und in kleinen Wohnungen/Zelten lebenden Mütter als die am meisten Stillenden ausweisen, zu widersprechen. Jedoch kann dies durch unterschiedliche kulturelle sowie traditionelle, dörflich-ländliche und religiöse Lebensumstände begründet sein. Zum besseren Verständnis können zunächst drei Hauptgruppen des Stillverhaltens unterschieden werden, wobei hier weitere Differenzierungen und Fluktuation nicht berücksichtigt sind:

1. Mütter, die noch weitgehend traditionell leben, wie die Beduinen oder bestimmte Möglichkeiten, an Ersatznahrung zu gelangen, nicht haben. Diese stillen viel.
2. Menschen, die sich aus den alten Traditionen lösen, auf westlichem Halbwissen basierend agieren sowie unter Beeinflussung der Reklame stehen und/oder kürzlich immigriert sind, stillen weniger.
3. Mütter mit hoher Bildung und/oder mit Hilfe professioneller Unterstützersysteme, die noch näher erläutert werden, stillen wieder mehr.

In einer retrospektiven Studie in Nord Ontario besteht laut einer univariaten Chi-Quadrat-Analyse für Mütter, die in kleinen Arealen leben ein Risiko, nicht zu stillen ($p = 0,001$). (Black et al. 2008). Das wird durch diese Studie bestätigt.

Für muslimische türkische Mütter unterliegt das Entblößen der Brust im Beisein der Kinder nach dem Koran einer moralischen Verwerfung. Es ist anzunehmen, dass bei höherer Anzahl der Wohnungszimmer die Mutter ihr Kind in einem weiteren Zimmer stillen kann, wo sie nicht gestört wird und dem Koran entsprechen kann.

Geburtsgewicht und Geburtsart

Hinsichtlich des Geburtsgewichtes ergibt sich kein signifikanter Unterschied ($p = 0,801$). Kinder mit Untergewicht wurden kürzer gestillt, aber dies hat keinen signifikanten Einfluss auf die Stilldauer ($(p = 0,85)$ T-Test), was vermutlich an der geringen Anzahl untergewichtiger Kinder liegt, die in der Studie betrachtet wurden.

In der Metaanalyse von Prior et al. (2012) wurde die Praxis des Stillens in Bezug auf verschiedene sozioökonomische Hintergründe betrachtet. Die Ernährungsart des Kindes wies – wie in dieser Studie – keine Zusammenhänge mit Geschlecht und Geburtsgewicht auf.

Der Kaiserschnitt führt häufig dazu, dass Mütter ihre Kinder nicht stillen (Ever-Hadani 1994). Diese Geburtspraxis kommt in der hier aufgeführten Studie in Deutschland seltener vor als in der Türkei (26 % versus 22 %).

Alter der Eltern

Hinsichtlich der Altersverteilung bei den türkischen Müttern in der Türkei lag der Mittelwert bei $29 \pm 4,82$ Jahren, während er in der Gruppe der Migrantinnen in Deutschland $30 \pm 6,37$ Jahre betrug. Die Altersverteilung beider Gruppen ist fast gleich, daraus kann geschlossen werden, dass das Alter der Eltern das Stillen kaum beeinflusst hat.

Laut Black et al. (2008) besteht bei jüngeren Müttern laut einer univariaten Chi-Quadrat-Analyse mit einem p-Wert von 0,001 ein Risiko, nicht zu stillen.

Tietze et al. (1998) stellten fest, dass nach der Inocenti Declaration in Deutschland das ausschließliche Stillen angestiegen ist. Muttermilchgabe mit Zusatznahrung steigt nach diesem Vergleich mit einem Faktor von 1,3 mit dem Alter der Mutter (Tietze et al. 1998).

Der Mittelwert der Altersverteilung bei den türkischen Vätern in der Türkei lag bei $33 \pm 6,6$ Jahren, dagegen lag in der Gruppe der Migrantinnen in Deutschland der Mittelwert bei $32 \pm 6,5$ Jahren. Die Unterschiede zwischen den Ländern sind nicht signifikant ($p = 0,63$ (Väter) und $p = 0,40$ (Mütter)), wie der t-Test für unabhängige Stichproben zeigt.

Bildung

In dieser Studie wurde festgestellt, dass die Bildung bei Müttern, die in der Türkei leben, höher ist als die der in Deutschland lebenden türkischen Mütter (57 % versus 16 %). Ähnlich verhält es sich bei der Bildung des Vaters, 28 versus zehn Vä-

ter. Es ist wahrscheinlich, dass Mütter, die gebildet sind und gebildete Ehemänner haben, länger stillen. Unten angeführte Studien bestätigen diese Schlussfolgerung.

In einer Studie von Neyzi und seinen Mitarbeitern (1991) wurde die Praxis des Stillens in Bezug auf verschiedene sozioökonomische Hintergründe betrachtet. Die Ernährungsart des Kindes wies keine Zusammenhänge mit Geschlecht und Geburtsgewicht, weder des Kindes, noch der Mutter auf. Die meisten Mütter hatten die Entscheidung getroffen, ihr Kind zu stillen (83,2 %). Mütter, die einen höheren Bildungsgrad hatten, haben häufiger (88 %) geplant zu stillen gegenüber Müttern, die weniger (81,5 %) oder gar nicht gebildet waren (69,5 %; $p = 0,01$). Am Ende der ersten Woche haben nur 47,1 % der Fälle und 12,4 % der Kontrollgruppe weiterhin ausschließlich gestillt. Viele der Mütter dachten, sie produzieren zu wenig Milch. Dramatischerweise gab es in der dritten Woche keine Mutter mehr, die ausschließlich stillte.

In einer retrospektiven Studie in Nord Ontario haben laut einer univariaten Chi-Quadrat Analyse junge Mütter (Median = 23 Jahre; $p = 0,001$), rauchende Mütter (durchschnittliche Rate = 52,1 %; $p = 0,03$), Mütter, die in kleinen Arealen leben ($p = 0,001$), Mütter mit niedriger Schulbildung, die die High School nicht zu Ende gebracht haben ($p < 0,001$), ein höheres Risiko, nicht zu stillen. Ohne Unterstützung durch den Ehemann stillen signifikant weniger Mütter (Black et al. 2008).

Aus einer Forschungsarbeit von Iglesias ging hervor, dass beim Verlassen des Krankenhauses 66,3 % der Neugeborenen ausschließlich gestillt wurden. Sechs Monate nach der Geburt stillten 23,7 % der Mütter weiterhin ausschließlich und 10,2 % noch nach zwölf Monaten nach der Geburt. Faktoren, die positiv das Stillen beeinflussen, sind nichtrauchende Mütter, Partner mit höherer Bildung und solche Eltern, die Information über das Stillen durch das medizinische Personal (Casas 2008) erhalten haben.

Berufstätigkeit

In dieser Studie war ein hoher Anteil der türkischen Mütter in der Türkei nicht berufstätig. Sie sind Hausfrauen, besitzen aber eine hohe Schulbildung. In Deutschland waren viele der befragten Mütter berufstätig, aber mit einer niedrigen

Schulbildung. Zum Zeitpunkt der Befragung befanden sie sich im Erziehungsurlaub.

Laut Zur et al. (2004) war in seiner Studie der Median der Stilldauer bei den Müttern, die außer Haus arbeiteten, länger als bei Hausfrauen ($7,7 \pm 14,5$ vs. $16,9 \pm 29,3$; $p = 0,05$). Diese Frauen verfügen im Vergleich mit Hausfrauen über eine höhere Schulbildung ($14,0 \pm 2,7$ Jahre vs. $11,6 \pm 1,4$ Jahren; $p < 0,05$). Hausfrauen und Mütter mit einer niedrigen Schulbildung benötigen demnach noch verstärkt Unterstützung (Zur et al. 2004).

In einer australischen Studie von Cooklin und seinen Mitarbeitern (2008) stellte man fest, dass Mütter, die Vollzeit arbeiteten, ihre Kinder im sechsten Monat zu 39 % stillten, dagegen 56 % der Mütter, die nicht arbeiteten. Dagegen stillten 44 % der in Teilzeit arbeitende Mütter ihre Kinder im sechsten Monat.

Vollzeitarbeit vor dem sechsten Monat hat einen direkten negativen Effekt auf das Weiterführen des Stillens nach dem sechsten Monat (adjusted OR = 0,35, 95 % CI: 0,22-0,55) (Cooklin et al. 2008).

Rauchverhalten

Der Anteil von Raucherinnen während der Stillzeit ist mit einem signifikanten Unterschied ($p = 0,002$) zwischen den Ländern unterschiedlich hoch: Türkei 13 % versus Deutschland 42 %. Die daraus abzuleitende Hypothese lautet, dass Mütter, die nicht rauchen, ihre Kinder meist häufiger und länger stillen.

In einer Forschungsarbeit von Black et al. ist das Rauchen der Mütter in einer retrospektiven Studie in Nord Ontario als ein Risiko zum Nicht-Stillen erkannt worden (Black et al. 2008). Tietze et al. (1998) stellten fest, dass nach der Innocenti Declaration in Deutschland das ausschließliche Stillen angestiegen ist. Muttermilchgabe mit Zusatznahrung steigt nach diesem Vergleich mit einem Faktor von 1,3 mit dem dem Faktor „Nichtraucherhaushalt“ an.

Nichtrauchende Eltern beabsichtigen, ihre Kinder viermal häufiger zu stillen als rauchende Eltern (Leclair et al. 2015). Deutsche Mütter stillen ihre Kinder zwei bis drei Mal häufiger als türkische Mütter (Tietze et al. 1998). In einer Studie in

Spanien von Sanchez Bayle und seinen Mitarbeitern (2008) wurde festgestellt, dass das Stillen bei Migrantinnen und bei spanischen Müttern in allen Variablen gleich ist, außer beim Alter der Mutter und bei der Gewohnheit des Rauchens. Rauchende Mütter und untergewichtige Kinder stellen Risikofaktoren dar. Beide Faktoren führen häufig zum Nicht-Stillen. Ebenso sei der Migrationsstatus ein Störfaktor (Counfounding Faktor) (Bayle et al. 2008).

Unterstützersysteme / Migration

Grewal et al. (2015) zeigen, dass Migrantinnen aus dem Irak und Somalia in Norwegen eine geringere als die empfohlene Stilldauer einhalten und fordern daher eine Unterstützung dieser Mütter unter kulturspezifischen Gesichtspunkten.

Beim Vorkommen von Unterstützung beim Stillen durch Unterstützersysteme tritt in der hier aufgeführten Studie ein signifikanter Unterschied auf. Mütter in der Türkei erhalten mehr Unterstützung durch:

- Ärztliches Personal:
67,4 % der Mütter in der Türkei erhalten Unterstützung durch Ärzte, hingegen nur 17,8% der türkischen Mütter in Deutschland.
- Hebammen:
21,7 % der Mütter in der Türkei erhalten Unterstützung durch Hebammen versus 91,1 % der türkischen Mütter in Deutschland.
- Ehemänner:
21,7 % der Mütter in der Türkei erhalten Unterstützung durch ihre Ehemänner, hingegen 0 % der türkischen Mütter in Deutschland.
- Freunde:
26 % der Mütter in der Türkei erhalten Unterstützung durch ihre Freunde, hingegen 4 % der türkischen Mütter in Deutschland.

Hypothese: Unterstützung ist ein wichtiger Faktor bei der Entscheidung für das Stillen. Türkische Migrantinnen in Deutschland stillen kürzer, sie erhalten weniger Hilfestellung durch nahe Angehörige und Freunde sowie Ärzte.

Nach Young Sa et al. (1988) hat im Migrant Health Center in North Carolina während einer 13-monatigen Periode eine Gruppe, die zuvor Unterstützung und Informationen erhalten hatte, beim Verlassen der Klinik 52 % weiterhin gestillt. In der Gruppe junger Mütter jedoch, die keine individuelle Information erhielt,

fürten nur 10 % das Stillen fort. Dies zeigt bereits die besondere Bedeutung der Unterstützungsmechanismen durch geschultes Personal. In der vorliegenden Studie wurden auch die engsten Vertrauten der Mütter einbezogen. Es fällt auf, dass gerade die Ehemänner die in Deutschland lebenden Frauen türkischer Herkunft nicht unterstützen und auch die Freunde in dieser Gruppe nur geringen Anteil nehmen.

Ghaemi-Ahmadi stellte 1992 fest, dass einer der wichtigsten Gründe für den Verzicht auf das Stillen ökonomischer Natur ist. In seiner Studie wurden 150 Migrantinnen in Kalifornien befragt, die aus dem Iran, Afghanistan, Vietnam, Kambodscha oder Laos kommen. 95 % der Mütter haben ihre Kinder in ihrem Heimatland ausschließlich gestillt. Nachdem sie in die USA kamen, stillten nur noch 32 % ausschließlich. In ihrem Heimatland stillten 85 % ausschließlich für mindestens fünf Monate. Nachdem sie in die USA kamen, stillten nur noch 14 % ausschließlich für mindestens fünf Monate. Nach der Migration gaben 38 % der Mütter Muttermilch und Formula und 30 % ausschließlich Formula.

In den USA stillten 82 % der iranischen Mütter ihre Babys ausschließlich mit Muttermilch, hingegen von den afghanischen Müttern nur 42 %, von den vietnamesischen Müttern 14 %, von den laotischen Müttern 19 %, und von den kambodschanischen Müttern 9 % ($p = 0,00001$). Die iranischen Mütter erhielten dabei vermehrt soziale Unterstützung von ihrem eigenen sozialen Netzwerk iranischer Bekannter und Verwandter in der näheren Umgebung, von muslimischen Gruppierungen und Organisationen. Mutmaßlich stellt das den Grund für die erfolgreiche Stillrate dar (Ghaemi-Ahmadi 1992).

Koçtürk et al. (1986) stellten fest, dass Migrantinnen ihre Kinder kürzer stillten als vermutet, verglichen mit denjenigen Müttern, die in der Türkei leben und ebenfalls kürzer als schwedische Mütter in Schweden. Formula-Ernährung hatte einen großen Anteil daran. Die Gabe von halbfester Zusatznahrung begann im Alter von vier bis sechs Monaten, etwas früher als in der Türkei, aber später als bei den schwedischen Kindern. Interessant ist ein Artikel aus dem Jahr 2014, in dem Busck-Rasmussen et al. darlegen, dass die Behandlung von Müttern im Krankenhaus unabhängig vom Migrationsstatus erfolgt, das Stillen in den Gruppen pakistanischer und türkischer Mütter im Vergleich zu dänischen Müttern den-

noch suboptimal erfolgt. Die Bereinigung des Migrationsstatus anhand anderer soziodemografischer Faktoren, wie Alter, Bildung oder Einkommen, hebt diese Unterschiede jedoch auf (Busck-Rasmussen et al. 2014). So tritt der kulturell-traditionelle Hintergrund der Frauen zugunsten der anderen Faktoren zurück. Vielmehr scheint die Etablierung der Migrantenfamilien innerhalb der Gastgesellschaft ein wesentlicher Faktor für Dauer und Art des Stillens zu sein.

Mütter, die weder schreiben noch lesen konnten, stillten ihre Kinder laut dieser Studie länger als Mütter, die eine Art von Schulbildung bekommen haben. Zu vermuten ist, dass eine solche Bildung, die nur ein oberflächliches, durch die Werbung beeinflusstes Halbwissen darstellt, sich nachträglicher auf das Stillen auswirkt, als Analphabetismus bei Menschen, die noch in jahrhundertealten Traditionen leben. In solchen Fällen des Nichtvorhandenseins westlichen Halbwissens scheinen die Stillgewohnheiten ausgeprägter zu sein.

Die Risiken – mediale Werbung für Baby-Fertignahrung, kein Wissen über die Vorteile des Stillens

Koçtürk (1988) verglich die Vorteile des Stillens bei türkischen Müttern aus Istanbul (n = 269) mit in Stockholm lebenden türkischen Müttern (n = 30). In Istanbul fanden 63 % das Stillen vorteilhaft und 31 % betonten die Nachteile des Stillens. Der am meisten genannte Vorteil war der Effekt der Kontrazeption und der am häufigsten genannte Nachteil war die Sorge über nicht ausreichende Muttermilch. Obwohl die Mütter in Stockholm keinen Nachteil genannt haben, hat die Gruppe der Migrantinnen in Stockholm kürzer gestillt als die Gruppe in Istanbul. Nach der Hypothese von Koçtürk sind Mütter, die im Weiterführen des Stillens einen wichtigen Vorteil finden, wie z.B. den Effekt der Kontrazeption, stärker zum Stillen motiviert als diejenigen, die weniger Vorteile darin sehen.

In einer anderen Studie von Koçtürk et al. (1986) wurden 96 türkische Mütter gleicher Verdienstkategorie in Istanbul mit 30 Müttern in Stockholm verglichen. Die Stilldauer bei den türkischen Migrantinnen in Stockholm ist signifikant niedriger als in einer sozial ähnlichen Gruppe schwedischer Mütter dieser Region. Die Ernährung des Kindes in der Migrationsgruppe war der schwedischen Population angeglichen. Als wichtigen Einfluss auf die geringere Stilldauer konnte Koçtürk

die Werbung für industrielle Flaschennahrung eruieren. Der größte Teil der Kinder in der Gruppe der Migrantinnen wies eine Tendenz zu Übergewicht auf.

Mütter, die weder schreiben noch lesen konnten, stillten ihre Kinder länger als Mütter, die eine Art von Schulbildung bekommen haben. Formula-Ernährung hatte einen großen Anteil. Die Gabe von halbfester Zusatznahrung begann im Alter von vier bis sechs Monaten, ein wenig früher als in der Türkei, aber später als bei den schwedischen Kindern.

Mit den beschriebenen Studien wird nachgewiesen, dass Unterstützersysteme bei den Migrantinnen das ausschließliche Stillen sowie die Stilldauer verlängern. Bei der präpartalen Information sollten die Vorteile des Stillens (Effekt der Kontrazeption) sowie die Nachteile der Formula-Ernährung erläutert werden. Die Beeinflussung durch Werbeversprechen kann anderenfalls negativ auf die Ernährung der Kinder wirken.

Seitdem die Initiative BFHI (WHO/ UNICEF – Initiative Stillfreundliches Krankenhaus) 1991 in der Türkei gegründet wurde, sind international ca. 21.000 Krankenhäuser als stillfreundlich eingestuft worden. In Ländern, in denen ein Nationales Komitee die Interessen von UNICEF vertritt, wird entweder ein Teil des Geldes für die Einrichtung der Unterstützersysteme zum Stillen zur Verfügung gestellt, wie in der Schweiz, oder die Krankenhäuser müssen allein für Fortbildungen und Gutachten aufkommen, wie in Deutschland.

Eine Hypothese, die aus Beobachtungen in mehreren Krankenhäusern in der Türkei abgeleitet werden konnte, lautet: Die Tatsache, dass dort keinerlei Werbung für Babynahrung in den Wartezimmern ausgelegt wird, wirkt positiv auf die Bereitschaft der Mütter, ihr Kind zu stillen. Das bezeichnet einen der Faktoren, die vom Deutschen Komitee für UNICEF (1997) herausgegeben wurden, von denen die Kategorisierung in ein stillfreundliches Krankenhaus abhängt. Der dringende Rat der Autorin lautet daher:

Werbung für Babynahrung sollte in Geburtskrankenhäusern in Deutschland nicht länger geduldet werden.

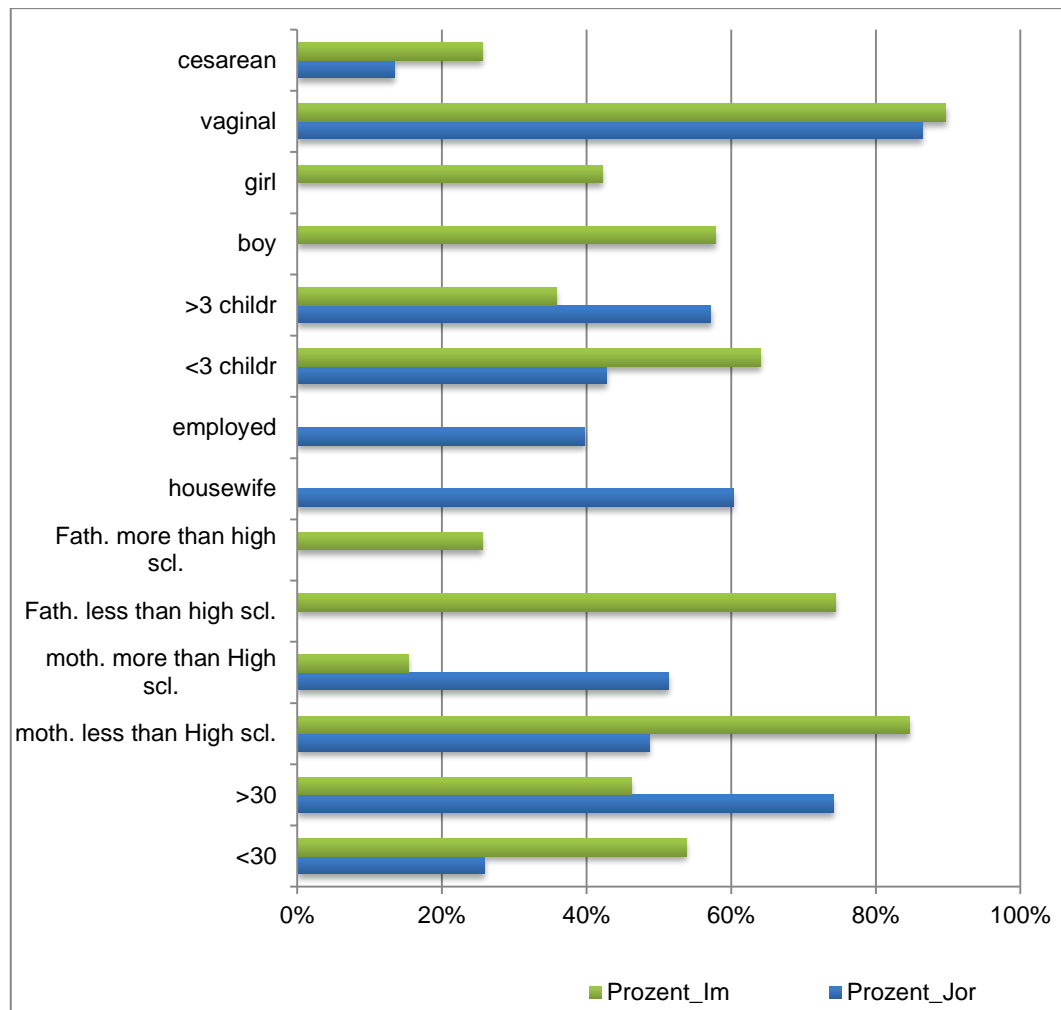


Abbildung 19: Vergleich jordanischer Mütter mit Immigrantinnen in Deutschland
(nach Khassawneh et al. 2006)

Von 344 jordanischen Müttern, die interviewt wurden, haben die unter 30-Jährigen zu 37 % und die über 30-Jährigen zu 63 % gestillt.

Bei den jordanischen Müttern haben von 58 %, bei den türkischen Migrantinnen 5 % und von türkischen Müttern in der Türkei 23 % ausschließlich gestillt. Gemischt gestillt haben bei den Jordanierinnen 30 %, bei den türkischen Migrantinnen 42 % und bei den in der Türkei lebenden Türkinnen 57 % (Khassawneh et al. 2006). Mit Formula (industrielle Flaschennahrung) haben von den jordanischen Müttern 39, von den türkischen Migrantinnen 24 und von den in der Türkei lebenden Türkinnen neun Mütter gestillt. Die Formula Gabe ist in der Gruppe in der Türkei am niedrigsten. Das ausschließliche Stillen ist in der jordanischen Gruppe am höchsten und in der Migrantinnen Gruppe am niedrigsten. Alter und Ausbildung beeinflussen das Stillverhalten positiv.

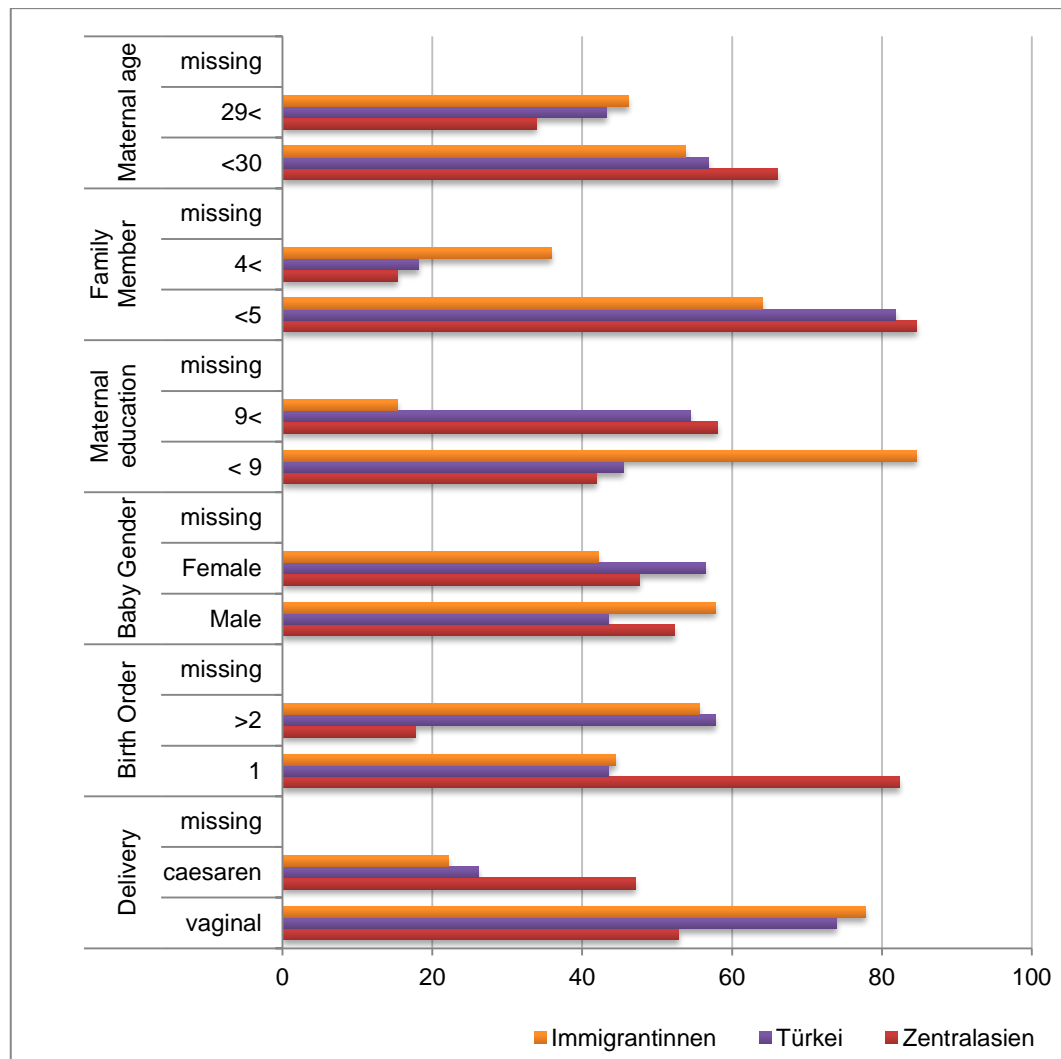


Abbildung 20: Vergleich zentralasiatischer Mütter mit Müttern in der Türkei und türkischen Migrantinnen in Deutschland

(nach Xu F et al. , 2006).

In Abbildung 20 werden die türkischen Mütter in der Türkei und in Deutschland nach zwei Kategorien mit den Müttern in Zentralasien verglichen: Die erste Kategorie zeigt den prozentualen Anteil der Mütter, die ausschließlich ohne Beifütterung gestillt haben. Die zweite Kategorie umfasst alle Mütter, die überhaupt gestillt haben und zwar sowohl jene aus der ersten Kategorie, die ausschließlich, als auch jene Mütter, die zusätzlich zum Stillen eine Beifütterung durch Muttermilchersatznahrung und/oder andere Beikost gegeben haben.

1. Direkt nach der Geburt:

- Direkt nach der Geburt haben die Mütter in den Hanchinesischen Gebieten zu 78 % ausschließlich gestillt und 89 % zum Teil mit zusätzlicher Gabe von Muttermilchersatznahrung und/oder Beikost ihr Kind ernährt.
- Bei den Müttern in Uiguren stillten 35 % ausschließlich und 94 % zum Teil mit zusätzlicher Gabe von Muttermilchersatznahrung und/oder Beikost.
- In den anderen zentralasiatischen Ländern haben 83 % ausschließlich gestillt, 97 % zum Teil mit zusätzlicher Gabe von Muttermilchersatznahrung und/oder Beikost.
- Dagegen haben bei den Müttern in der Türkei 85 % ausschließlich gestillt und 100 % zum Teil mit zusätzlicher Gabe von Muttermilchersatznahrung und/oder Beikost.
- Bei den Migrantinnen stillten 56 % ausschließlich und 93 % stillten teilweise ausschließlich, teilweise mit zusätzlicher Gabe einer Muttermilchersatznahrung und/oder Beikost.

2. Im 6. Monat:

- Im 6. Monat haben Mütter in den hanchinesischen Gebieten zu 5 % ausschließlich gestillt und 77 % stillten teilweise mit Beigabe einer Muttermilchersatznahrung und/oder Beikost.
- Von den Müttern in Uiguren stillten 0,4 % ausschließlich und 55 % stillten mit Beigabe einer Muttermilchersatznahrung und/oder Beikost.
- In den anderen zentralasiatischen Ländern stillten 17 % ausschließlich und 88 % stillten mit Beigabe einer Muttermilchersatznahrung und/oder Beikost.
- Dagegen wurde bei den Müttern in der Türkei zu 17 % ausschließlich gestillt und 78 % stillten Teil mit zusätzlicher Beigabe einer Muttermilchersatznahrung und/oder Beikost.
- Von den Migrantinnen stillten 4 % ausschließlich und 44 % stillten teilweise mit zusätzlicher Gabe einer Muttermilchersatznahrung und/oder Beikost.

Wie man bei den zentralasiatischen Ländern sieht, haben in Uiguren die Mütter bei der Geburt mit 35 % ausschließlichem Stillen die niedrigste Stillrate (für ausschließliches Stillen); auch niedriger als die türkischen Mütter in der Türkei und in Deutschland. Obwohl die Mütter in Hanchina nach der Geburt zu 94 %, also in sehr hohem Maß, ausschließlich stillten, hat sich dieses Niveau bis zum sechsten Monat nicht gehalten. Es sank auf 5 %. Dagegen sank der Anteil der ausschließlich stillenden Mütter bei den türkischen Müttern in der Türkei im selben Zeitraum von 85 % auf 17 % und bei den Migrantinnen von 56 % auf 4 %.

In Amsterdam ist aufgrund einer neuen Stillpolitik aus dem Jahre 1993 die Anzahl der gestillten Kinder auch in der nicht holländischen Gruppe angestiegen. Die Jahre 1998-2000 wurden mit den Jahren 1992-1993 verglichen. 1992 haben 87 % der Mütter ihre Kinder in der ersten Woche gestillt, in der 25. Woche waren es nur noch 30 % (van der Wal et al. 2001). In der Periode von 1998-2000 war sowohl die Stillrate 15 Wochen länger als im Zeitraum 1992-1993 (45,1 % zu 36,4 %) als auch die Rate derjenigen Mütter in den Migrantengruppen, die mit dem Stillen begonnen haben: Mehr türkische und marokkanische Mütter als holländische Mütter haben mit dem Stillen angefangen. Mütter aus Surinam haben in gleichem Maße mit dem Stillen begonnen wie holländische Mütter. Das Gefühl, nicht ausreichend Muttermilch zu haben, war der wichtigste Grund für das Zufüttern in allen ethnischen Gruppen. Unter den Niederländern haben 34 %, unter den aus Surinam stammenden 49 %, bei den marokkanischen 54 % und bei den türkischen Frauen 63 % zugefüttert. Die Autoren fordern auf der Basis ihrer Ergebnisse mehr gesundheitliche Programme für Mütter, die glauben, nicht ausreichend Milch zu produzieren und die in der Folge aus Unkenntnis mit Zufüttern anfangen (van der Wal et al. 2001).

Alkasifoglu et al. (2001) zeigten, dass in ihrer Studie 54 % der Mütter ihre vier Monate alten Kinder ausschließlich stillen. Die Cox-Regressions-Analyse zeigt eine negative Wirkung der Formula-Supplementation auf das ausschließliche Stillen während des Krankenhausaufenthaltes: Der Beginn der Zufütterung von Nicht-Muttermilch-Flüssigkeiten lag bei Müttern, deren Kinder im Krankenhaus bereits Formula erhielten, median bei einem Monat. Demgegenüber werden Kindern median drei Monate ausschließlich gestillt, die im Krankenhaus keine Formula erhielten ($p = 0,001$). Ähnliche Ergebnisse zeigt eine Studie von Tarrant et al. (2015).

Tietze et al. (1998) stellten fest, dass nach der Inocenti Declaration in Deutschland das ausschließliche Stillen angestiegen ist. Muttermilchgabe mit Zusatznahrung steigt nach diesem Vergleich mit einem Faktor von 1,3 mit dem Alter der Mutter, dem Schlafen bei den Eltern und dem Faktor Nichtraucherhaushalt an. In Niedersachsen lag der Anstieg bei 1,5. Das Schlafen der Babys im Zimmer der Eltern oder im Bett der Eltern steigerte das Stillen vom Faktor 1,5 auf den Faktor

4. Ähnliche Ergebnisse zeigt eine Studie von Chiou et al. (2014) bei Familien in Taiwan.

Nach Naggan et al. (1991) wurden Kinder, die in kalten und nassen Monaten geboren wurden, länger ausschließlich gestillt als Kinder, die in der trockenen Saison geboren wurden. Sehr traditionelle Mütter, die in Zelten leben, stillen ihre Babys mindestens sechs Monate ausschließlich. Als Faktoren, die das ausschließliche Stillen in den ersten 18 Monaten beeinflussen, postulieren die Autoren den Wohnungstyp, den Wohnort, das Geburtsgewicht und eine körperliche Minderentwicklung des Kindes im sechsten Monat. Dies wurde in der vorliegenden Studie bestätigt: Mütter mit einer höheren Anzahl an verfügbaren Zimmern in der Wohnung stillen länger.

Walburg et al. 2008 verglichen Stillbeginn und Stilldauer von Müttern in Deutschland und Frankreich. Knapp 56 % der Babys in Frankreich und knapp 91 % der Babys in Deutschland wurden kurz nach der Geburt gestillt. 96 % der deutschen Frauen haben direkt nach der Geburt mit dem Stillen angefangen, 83 % der Frauen stillten drei Monate nach der Geburt weiterhin. Dagegen stillten 67 % der französischen Frauen direkt nach der Geburt und 34 % drei Monate danach weiterhin. Auf Basis der hier eruierten Werte erachtet die Autorin eine Stillförderung der Migrantinnen zum Wohl der Kinder notwendig.

Seit 1992 wurden von der WHO und dem Kinderhilfswerk UNICEF das Stillen in Geburtskliniken gefördert und 1998 das Programm „Zehn Schritte zum erfolgreichen Stillen“ initiiert. Iglesias Casas (2008) stellte fest, dass die „Zehn Schritte zum erfolgreichen Stillen“ eine ausreichende Unterstützung sind. Real könnten die Stillraten jedoch noch gesteigert werden. Faktoren, die das Stillen positiv beeinflussen, sind nach Casas eine höhere Schulbildung des Partners, nicht rauchende Mütter und Informationen über das Stillen durch das medizinische Personal. Diese von Casas nachgewiesenen, das Stillen positiv beeinflussenden Faktoren konnten durch die hier vorliegende Studie und weitere internationale Studien, die hier angeführt wurden, bestätigt werden. Rauchende Mütter, Mütter mit niedriger Schulbildung sowie Mütter mit Migrationshintergrund sollten verstärkt durch das medizinische Personal informiert und unter Einbeziehung des Vaters zur Teilnahme an pränatalen Vorbereitungsgruppen ermutigt werden.

Eine Hauptursache für das frühe Abstillen oder die ausschließliche Ernährung durch Fertignahrung liegt im Migrationshintergrund der Eltern; dies wird im internationalen Vergleich und in der vorliegenden Studie deutlich. Mütter mit Migrationshintergrund stillen gar nicht oder meist kürzer als Mütter in ihrem Heimatland. Mütter, die ihre Kinder trotz Migrationshintergrund stillen, verfügen meist über ein Unterstützersystem. Das weist wiederum auf die Bedeutung und Aufgabe der stillfreundlichen Krankenhäuser und auf die Notwendigkeit der Implementierung von Unterstützersystemen unter Einbeziehung der vertrauten Personen, wie Ehemännern, Eltern und Freunden, hin.

Weiteren Untersuchungsbedarf besteht noch im Bereich der Einrichtung von Unterstützungssystemen: Beispielsweise wäre eine Studie mit Migrantinnen-Müttern sinnvoll, die erfasst, welche Unterstützungssysteme effektiv arbeiten. Folgende Möglichkeiten zur Unterstützung könnten untersucht werden:

- pränatale Vorbereitungsgruppen durch den Frauenarzt bei der Schwangerschaftsvorsorge mit Teilnahme des Ehemannes
- postnatale Hausbesuche durch Hebammen in regelmäßigen Abständen bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres
- Information der Eltern und Befragung bzgl. Schwierigkeiten bei postnatalen U-Untersuchungen beim Kinderarzt
- verstärkte Unterstützung bei Müttern nach Kaiserschnitt und rauchenden Müttern
- Informationsunterlagen in der Muttersprache, leicht verständlich formuliert für Mütter, die eine geringe Schulbildung haben

Zusätzlich soll an dieser Stelle erneut auf die Notwendigkeit hingewiesen werden, Werbematerialien für Flaschennahrung aus den Geburtskliniken zu entfernen.

Zusammenfassung

Einleitung

Internationale Organisationen empfehlen, Kinder bis zu einem Alter von zwei Jahren und, wenn möglich, darüber hinaus zu stillen (WHO 1995, UNICEF 1999, Linkages 1999). Langes Stillen verringert die Entwicklung von Übergewicht, kindlichem Diabetes mellitus und Allergien. In Entwicklungsländern gibt es Hinweise auf ein geringeres Erkrankungs- und Mortalitätsrisiko bei lange gestillten Kindern. Durch das Stillen kommt es bei der Mutter zur verbesserten Uterusrückbildung, geringeren Blutungs- und Infektionsrisiken, mittelfristig rascher Gewichtsnormalisierung. Hinzu kommt eine bessere psychische Befindlichkeit und Schlafqualität sowie die begünstigte Entstehung einer intensiven Mutter – Kind - Beziehung. Langes Stillen schützt die Mutter vor Karzinomen, wie Brust-, Gebärmutter- und Eierstock-Karzinomen. Gesunde und reife Säuglinge mit einem Gewicht innerhalb der Referenzwerte bis zu sechs Monaten sollten ausschließlich gestillt werden (WHO 1998). Eine zu frühe Gabe von Muttermilchersatz-Produkten und/oder Beikost hat nachweislich einen entscheidenden Einfluss auf die Verkürzung der gesamten Stilldauer (DGE 2000). Zurzeit werden weltweit durchschnittlich etwa 44 % der Säuglinge drei Monate ausschließlich gestillt (UNICEF 2001). Die Stilldauer und das ausschließliche Stillen werden durch eine Reihe von Faktoren begünstigt: Der Integrationsgrad stellt bei Migrantinnen einen der wichtigsten Einflussfaktoren dar. Ziel der vorliegenden Arbeit war die Erfassung der Stilldauerunterschiede zwischen türkischen Müttern in der Türkei und türkischen Migrantinnen in Deutschland.

Methodik

Das Patientenkollektiv dieser Studie umfasste 91 Mütter im Alter zwischen 20 und 46 Jahren, aus dem Bundesgebiet Hessen und aus der Türkei am Schwarzen Meer. Das Patientenkollektiv wurde unterteilt in türkische Migrantinnen in Deutschland und türkische Frauen in der Türkei. Es wurde ein Fragebogen zur Ermittlung von persönlichen Daten und Stillcharakteristika vor Ort zusammen ausgefüllt. Außerdem wurden soziodemographische Unterschiede, wie z.B. das Alter der Mütter, die Bildung der Eltern sowie die Rauchgewohnheiten der Mutter

daraufhin überprüft, ob sie zu einem Unterschied in Bezug auf das Stillen beitragen. Die deskriptive und analytische statistische Auswertung der Daten erfolgte mit dem Programm Superior Performance Software System (SPSS®).

Ergebnisse

In dieser Studie konnte gezeigt werden, dass türkische Migrantinnen in Deutschland ihre Säuglinge weniger und kürzer stillen als deutsche Mütter und als türkische Mütter in der Türkei.

Diskussion

Die Gesundheitsberatung für türkische Mütter in Deutschland kann das türkische, lückenlose Unterstützungssystem und das daraus resultierende Stillverhaltende der in der Türkei lebenden Mütter als Vorbild übernehmen. Innerhalb der Studienpopulation haben die türkischen Mütter in Deutschland ein niedrigeres Bildungsniveau als Mütter in der Türkei. Sie und ihre Ehemänner benötigen bessere Informationen über die Vorteile des Stillens und die Nachteile des frühen Abstillens und des Zufütterns. Türkische Mütter in Deutschland sollten über das Stillverhalten der deutschen Mütter mit mittlerem und hohem Bildungsniveau, die mehr und länger gestillt haben, informiert werden. Speziell muss Wert auf das Stillen der Säuglinge von türkischen Migrantinnen nach einem Kaiserschnitt gelegt werden. In der Zusammenschau der oben genannten Studien mit anderen Ländern stellt der Migrationshintergrund der Mütter den Hauptgrund für das frühe Abstillen oder für die ausschließliche Gabe von industrieller Fertignahrung dar. Mütter, die aus anderen Ländern immigriert sind, stillen kürzer als in ihrem Heimatland; und diejenigen, die ihre Kinder trotz Migrationshintergrund stillen, sind in den meisten Fällen jene Mütter, die ein Unterstützersystem in Anspruch nehmen konnten.

Summary

Introduction

Exclusive breastfeeding is recommended by International Organizations up to two years of age and beyond. Long breastfeeding can reduce obesity, infantile diabetes and allergies. In developing countries, there are hints of a lower morbidity and mortality risk associated with long breastfeedings. Breastfeeding improves mothers' uterus healing, causes a reduction of bleeding and infection risks and in middle term fast normalization of weight. In addition, it generates a better mental status and sleep quality. Additionally, it is developing an intense relationship between mother and child. Long breastfeeding protects the mother against dangerous carcinomas like breast, cervical and ovarian carcinomas. Healthy infants at a weight within the reference range up to six months age should be feed exclusively with the mother's milk from the breast. Too early feeding with breast milk compensation products and/ or additional foods has a proven significant impact on the reduction of the total of breastfeeding period. Currently about 44 % of infants worldwide are fed with mother's milk from the breast in average just for three months (UNICEF, 2001). The period of breastfeeding and breastfeeding itself are benefited by a number of factors: The progress of integration of female immigrants is one of the most important factors. The purpose of this study was to compare the differences in duration of breastfeeding between mothers in Turkey and Turkish migrants in Germany.

Methodology

The study sample consists of 91 mothers with age between 20 and 46, in the State of Hessen and from the Black Sea region of Turkey. The patient population was divided into Turkish migrant mothers in Germany and Turkish mothers in Turkey. A questionnaire was filled in together to identify personal data and the characteristics of the breastfeeding. Socio-demographic differences were checked as well, such as the age of the mothers, the education of parents and the smoking habits of the mother to see whether they contribute a difference in relation to breastfeeding. The descriptive analytical and statistical evaluation of the data was performed with the program Superior Performance Software System (SPSS ®).

Results

In this study it was shown that Turkish migrants in Germany feed their sucklings shorter and less than German mothers in Germany and Turkish mothers in Turkey with breast milk.

Discussion

The health advice for Turkish mothers in Germany can be taken over from the Turkish complete supporting system. The results of the suckle behavior of mothers living in Turkey should be used as a model for Germany. Turkish migrant mothers in Germany in our study have a lower level of education than mothers in Turkey. They and their husbands need better information about the benefits of breastfeeding and the disadvantages of early weaning and feeding without breast milk. Turkish mothers in Germany should be informed about breastfeeding behavior of German mothers with medium and high level of education, which have breastfed more and longer. There has to be given value especially on breastfeeding of sucklings from Turkish migrants mothers after a caesarean section. In the synopsis of the studies above with other countries, the migration of the mothers is the main reason for early weaning or for the exclusive administration of finished industrial food. Mothers who are immigrated in other countries, breastfeed shorter than those in their home country. Those with migration background, who breastfeed their children for a long time, were in most cases able to benefit from a supporter system.

Abkürzungsverzeichnis

AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.
BFHI	Baby Friendly Hospital Initiative
DGE	Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V.
g	Gramm
HDL	High Density Lipoproteine
ILCA	Europäisches Institut für Stillen und Laktation
J.	Jahr
LDL	Low Density Lipoproteine
m	Männlich
MAS	Multizentrische Allergiestudie
Medline	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
Min.	Minuten
Mon.	Monate
NIDDM	nicht insulinpflichtiger Typ 2 Diabetes
ORS	Orales Rehydrationssalz
SIDS	plötzlicher Kindstod
SPSS	Statistic Package for Social Sciences, Statistiksoftware
UNICEF	United Nations Children's Fund
w	Weiblich
WHO	World Health Organisation

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Stilldauer in Monaten der Geburtsjahrgänge 2002 bis 2012 nach Bildung der Mutter.	3
Abbildung 2: Anteil der mindestens sechs Monate voll gestillten Kinder in Deutschland zwischen 1987 und 2004.	6
Abbildung 3: Häufigkeit der Geburtsarten. unterteilt in Spontan- und Schnittgeburt	26
Abbildung 4: Mittlere Stilldauer in Monaten nach Geburtsart.....	27
Abbildung 5: Anteil der Kinder mit einem Geburtsgewicht bis zu 3.000 g und mehr als 3.000 g.	28
Abbildung 6: Verteilung der Gesamtstilldauer in Monaten	29
Abbildung 7: Zeitpunkt des ersten Anlegens in der Türkei und in Deutschland	30
Abbildung 8: Häufigkeit einer Zwischenfütterung vor der Muttermilch	31
Abbildung 9: Beginn der Gabe einer Flaschennahrung, klassiert nach Alter des Kindes.	32
Abbildung 10: Beginn der Breinahrung/Beikost.	33
Abbildung 11: Zeitpunkt des Beginns der Gabe von fester Nahrung	34
Abbildung 12: Feste Stillzeiten gegenüber dem Stillen nach Bedarf.....	35
Abbildung 13: Nikotinkonsum während der Stillzeit.....	36
Abbildung 14: Konsum von schwarzem Tee während der Stillzeit.....	36
Abbildung 15: Ärztliche Unterstützung.	38
Abbildung 16: Unterstützung durch Hebammen.....	38
Abbildung 17: Unterstützung durch den Ehemann.	39
Abbildung 18: Unterstützung durch die Eltern.	39
Abbildung 19: Vergleich jordanischer Mütter mit Immigrantinnen in Deutschland	58
Abbildung 20: Vergleich zentralasiatischer Mütter mit Müttern in der Türkei und türkischen Migrantinnen in Deutschland.....	59

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Faktoren mit einem positiven Einfluss auf die Stilldauer	3
Tabelle 2:	Stillarten mit Erläuterung.	5
Tabelle 3:	Mütterliche und kindliche Risikofaktoren beim Stillen nach ILCA.....	7
Tabelle 4:	Heimatorte der Probanden in der Türkei.....	19
Tabelle 5:	Alter der Mütter in Gruppen bis 30 und über 30 Jahre	22
Tabelle 6:	Gesamtstilldauer in Monaten nach dem Alter der Mutter.....	23
Tabelle 7:	Bildung der Mutter nach Schulabschluss bis zur 8. Klasse oder darüber hinaus	24
Tabelle 8:	Bildung des Vaters nach Schulabschluss bis zur 8. Klasse oder darüber hinaus	24
Tabelle 9:	Gesamtstilldauer in Monaten nach der Bildung der Mutter.....	25
Tabelle 10:	Stilldauer in Monaten nach Geburtsgewicht	28
Tabelle 11:	Vergleich der Gesamtstilldauer beider Gruppen.....	30
Tabelle 12:	Stilldauer in Monaten nach Zeitraum des ersten Anlegens.....	31
Tabelle 13:	Modellzusammenfassung	40
Tabelle 14:	Koeffizienten der verschiedenen Regressionsmodelle.....	41
Tabelle 15:	Zusammenfassung der Studienergebnisse.....	42

Literaturverzeichnis

- Aimin Chen und Walter J. Rogan (2004) Breastfeeding and the Risk of Postneonatal Death in the United States, *PEDIATRICS* Vol. 113 No. 5 May 2004, pp. e 435-e439.
- Albers, Regina (2006). „Suchtforschung: Stillen schützt vor Alkoholismus“. Focus online vom 25. April 2006.
- Alkasifoglu et al. (2001). Factors influencing the duration of exclusive breastfeeding in a group of Turkish women *J Hum Lact.* 2001 Aug; 17(3): 220-6.
- Al-Mazroui MJ et al. (1997). Breastfeeding and supplemental feeding for Neonates in Al-Ain, United Arab Emirates. *J Trop Pediatr* 43: 304-306.
- Almiron P et al. (1996). Women and breast feeding: understanding their experiences and analyzing the performance of the health system. *Aten Primaria* 17(8): 501-506.
- Amitay EL und Keinan-Boker L (2015). Breastfeeding and Childhood Leukemia Incidence: A Meta-analysis and Systematic Review. *JAMA Pediatr* 169(6): e151025.
- Anderson CM und Brueton MJ (1985). Does breastfeeding protect against development of clinical symptoms of celiac disease in children? *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 4: 507-508.
- Auricchio S et al. (1983). Does breastfeeding protect against development of clinical symptoms of celiac disease in children? *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2: 428-433.
- AWMF - Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (2001). Betreuung des gesunden Neugeborenen im Kreißsaal und während des Wochenbettes der Mutter. <http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/11/pneon-05.htm>.
- Barnes J et al. (1997). Extreme attitudes to body shape, social and psychological factors and a reluctance to breast feed. *JR Soc Med* 90: 551-559.
- Bennett KE und Haggard MP (1998). Accumulation of factors influencing children`s middle ear disease: risk factor modelling on a large population cohort. *Journal of Epidem Comm Health* 52(12): 786-793.
- Bentley ME et al. (1999). Sources of influence on intention to breastfeed among Afro-American woman at entry to WIC. *J Hum Lact* 15(1): 27-34.
- Belfort MB et al. (2013). Infant feeding and childhood cognition at ages 3 and 7 years: Effects of breastfeeding duration and exclusivity. *JAMA Pediatr* 167(9): 836-844.

- Bergmann KE et al. (2000). Beugt stillen der Adipositas vor ? *Klin Pädiatr* 212 (V143): 75.
- Bergstrand O und Hellers G (1983). Breast-feeding during Infancy in patients who later develop Crohn`s disease. *Scand J Gastroenterol* 18: 903-906.
- Binder-Fritz C (1997). Transkulturelle Patientenbetreuung in Österreich. *Curare Sonderband* 10. VWB Berlin: 133-153.
- Binder-Fritz C und Rieder A (2014). Gender, socioeconomic status, and ethnicity in the context of health and migration. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 57(9): 1031-1037.
- Black R et al. (2009). Breastfeeding among the Ontario James Bay Cree: a retrospective study. *Public Health*. 2009 Mar-Apr; 99(2): 98-101, Queens University Kingston, ON.
- Boo NY, Puah CH und Lye MS (2000). The role of expressed breastmilk and continuous positive airway pressure as predictors of survival in extremely low birthweight infants. *J Trop Pediatr* 46: 15-20.
- Brew BK et al. (2012). Breastfeeding, asthma, and allergy: a tale of two cities. *Pediatr Allergy Immunol* 23(1): 75-82.
- Brown et al. (2015). Body image concerns during pregnancy are associated with a shorter breast feeding duration. *Midwifery* 31(1): 80-89.
- Beratungszentrum für Didaktik und Methodik jüdischer Erziehung.
[www.zwst-hadracha.de/documents/293_Juedische %20Erziehung.doc](http://www.zwst-hadracha.de/documents/293_Juedische%20Erziehung.doc)
(Stand 28.03.2013).
- Bundesinstitut für Risikobewertung BfR (2004). Stilldauer. Empfehlung der Nationalen Stillkommission am BfR vom 1. März 2004.
<http://www.bfr.bund.de/cm/343/stilldauer.pdf>
(Stand 19.07.2015).
- Bundesinstitut für Risikobewertung BfR (2012). Unterschiede in der Zusammensetzung von Muttermilch und industriell hergestellter Säuglingsanfangs- und Folgenahrung und Auswirkungen auf die Gesundheit von Säuglingen. Empfehlung der Nationalen Stillkommission vom 16. Juli 2012.
<http://www.bfr.bund.de/cm/343/unterschiede-in-der-zusammensetzung-von-muttermilch-und-industriell-hergestellter-saeuglingsanfangs-und-folgenahrung.pdf>
(Stand 19.07.2015).
- Burr ML et al. (1993). Infant feeding, wheezing and allergy: a prospective study. *Arch Dis Child* 68: 724-728.
- Busck-Rasmussen M et al. (2014). Breastfeeding practices in relation to country of origin among women living in Denmark: a population-based study. *Matern Child Health J* 18(10): 2479-2488.

- Chiou ST et al. (2014). Early skin-to-skin contact, rooming-in, and breastfeeding: a comparison of the 2004 and 2011 National Surveys in Taiwan. *Birth* 41(1): 33-38.
- Cook DG et al. (1996). Relation of caffeine intake and blood caffeine concentrations during pregnancy to fetal growth: prospective population based study. *BMJ* 313: 1358-1362.
- Corrao G et al. (1998). Risk of inflammatory bowel disease attributable to smoking, oral contraception and breastfeeding in Italy: a nationwide case-control study. Cooperative Investigators of the Italian Group for the Study of the Colon and the Rectum (GISC). *Int J Epidemiol* 27: 397-404.
- Crume TL et al. (2012). Selective protection against extremes in childhood body size, abdominal fat deposition, and fat patterning in breastfed children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 166(5): 437-443.
- Dahlstrom A et al. (1990). Nicotine and cotinine concentrations in the nursing mother and her infant. *Acta Pediatr Scan* 79: 142-147.
- Davis MK (1998). Review of the evidence for an association between infant feeding and childhood cancer. *Int J Cancer (suppl.II)*, 29-33.
- Demirtas B et al. (2012). Breastfeeding experiences of Turkish women. *J Clin Nurs* 21(7): 1109-1118.
- Der Babylonische Talmud Jüdischer Verlag im Suhrkamp Verlag; Auflage: 2 (2002).
- Diong S, Johnson M und Langdon R (2000). Breastfeeding and Chinese mothers living in Australia. *Breastfeeding Review* 8(2): 17-23.
- Dogaru CM et al. (2014). Breastfeeding and childhood asthma: systematic review and meta-analysis. *AM J Epidemiol*. 179(10): 1153-1167.
- Donath S und Amir L (2000). Rates of breastfeeding Australia by State an socio-economic status: evidence from the 1995 National Health Survey. *J Paediatr Child Health* 36(2): 164-168.
- Duijts L et al. (2010). Prolonged and exclusive breastfeeding reduces the risk of infectious diseases in infancy. *Pediatrics*.2010 Jul; 126(1):e18-25. doi: 10.1542/peds.2008-3256. Epub 2010 Jun 21.
- Dulon M und Kersting M (2000). Stillen und Säuglingsernährung in Deutschland –die Suse-Studie. In: DGE- Deutsche Gesellschaft für Ernährung (Hrsg.), Ernährungsbericht 2000. DGE, Frankfurt, S. 81-95.
- Dwyer T, Ponsonby Al und Couper D (1999). Tobacco smoke exposure at one month of age and subsequent risk of SIDS-a prospective study. *Am J Epidemiol* 149: 593-602.

- Eregie CO und Paed FMC (1998). Studies on exclusive breastfeeding: a report on associated factors in an African population. *J Trop Pediatr* 44: 172-174.
- Eriksen W (1996). Breastfeeding, smoking and the presence of the child's father in the household. *Acta Paed*: 1272-1277.
- Ever-Hadani P et al. (1994). Breast feeding in Israel: maternal factors associated with choice and duration. *Journal of epidemiology and community health*, 1994 Jun. 48 (3): 281-5.
- Faldella G et al. (1999). Breastfeeding duration and current neonatal feeding practices in Emilia Romagna, Italy. *Acta Paediatr Suppl* 430: 23-26.
- Falth-Magnusson K et al. (1996). Infant feeding history shows distinct differences between Swedish celiac and reference children. *Pediatr Allergy Immunol* 7(1): 1-5.
- Fegter R (2003). Gesundheitsförderung durch frühen Stillbeginn. *Stillzeit. Die Fachzeitschrift der AFS*. 2:25-26.
- Forsyth JS et al. (1993). Relation between early introduction of solid food to infants and their weight and illnesses during the first two years of life. *BMJ* 306: 1572-1576.
- Foster SF, Slade P und Wilson K (1996). Body image, maternal fetal attachment, and breast feeding. *J Psychosom Research* 41(2): 181-184.
- Frederiksen B et al. (2013). Infant exposures and development of type 1 diabetes mellitus: The Diabetes Autoimmunity Study in the Young (DAISY). *JAMA Pediatr* 167(9): 808-815.
- Freed GL, Fraley JK und Schanler RJ (1992). Attitudes of Expectant Fathers Regarding Breastfeeding. *Pediatrics* Vol 90(2): 224-227.
- Freeman V, van't Hof M und Hascke F (2000). Patterns of milk and food intake in infants from birth to age 36 months: The Euro-Growth Study. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 31 (Suppl.1): 76-85.
- Fuchs K (1996). Mütterliche Aspekte des Stillens und äußere Einflüsse auf das Stillen- eine Literaturarbeit. Dissertation. Universität Tübingen: 181 ff.
- Gerstein HC (1994). Cow's milk exposure and type I diabetes mellitus, *Diabetes Care* 17: 13-19.
- Ghaemi-Ahmadi S (1992). Attitudes toward breast-feeding and infant feeding among Iranian, Afghan and Southeast Asian immigrant women in the United States: Implications for health and nutrition education. *J Am Diet Assoc*. 1992 Mar; 92(3): 354-355.
- Ghaeni Z (Hrsg.; 1999). *Krank in der Fremde*. CINCO, Frankfurt /M.

- Gibson RA, Kneebone GM (1981). Fatty acid composition of human colostrum and mature breast milk. *The American Journal of Clinical Nutrition* 34: 252-257.
- Giugliani ERJ et al. (1994). Are fathers prepared to encourage their partners to breastfeed? A study about fathers' knowledge of breastfeeding. *Acta Paediatr* 83: 1127-31.
- Godfrey KM und Barker DJP (2000). Fetal nutrition and adult disease. *Am Clin Nutr* 71 (suppl.):1344-1352.
- Good M et al. (2015). Breast milk protects against the development of necrotizing enterocolitis through inhibition of Toll-like receptor 4 in the intestinal epithelium via activation of the epidermal growth factor receptor. *Mucosal Immunol*. 8(5): 1166-1179.
- Greco L et al. (1988). Case control study on nutritional risk factors in celiac disease. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 7: 395-399.
- Grewal NK et al. (2015). Breast-feeding and complementary feeding practices in the first 6 months of life among Norwegian-Somali and Norwegian-Iraqi infants: the InnBaKost survey. *Public Health Nutr* 24: 1-13.
- Guttman N und Zimmerman DR (2000). Low-income mothers' views on breastfeeding. *Social Science & Medicine* 50: 1457-1473.
- Habermann M (1999). Vom Fremden zum Eigenen. *Pflege* 12. Bern.
- Hannon PR et al. (2000). African-American and Latina adolescent mothers' infant feeding decisions and breastfeeding practices: a qualitative study. *J Adolesc Health* 26(6): 399-407.
- Hansen TS et al. (2011). Environmental factors in inflammatory bowel disease: a case-control study based on a Danish inception cohort. *Crohns Colitis* 5(6): 577-584.
- Hanson LA (1998). Breastfeeding provides passive and likely long-lasting active immunity. *Ann Allergy Asthma Immunol* 82: 523-537.
- Hanson LA et al. (2001). The immunological role of breast feeding. *Pediatric allergology and immunology* 12 (Suppl14): 15-19.
- Hauck FR et al. (2011). Breastfeeding and reduced risk of sudden infant death syndrome: a meta-analysis. *Pediatrics* 128(1): 103-110.
- Hawley NL et al. (2014). The contribution of feeding mode to obesogenic growth trajectories in American Samoan infants. *Pediatr Obes* 9(1): e1-e13.
- Hinds TS et al. (1996). The effect of caffeine on pregnancy outcome variables. *Nutr Rev* 54: 203-207.

- Hjern A, Kocturk-Runefors T und Jeppson O et al. (1990). Food habits and infant feeding in newly resettled refugee families from Chile and the Middle East, *Scand J Prim Health Care* 8(3): 145-150.
- Hoddinott P und Pill R (1999). Qualitative study of decisions about infant feeding among women in East end of London. *BMJ* 318: 30-34.
- Hohendahl J (2000). Ernährung in den ersten Lebenstagen. *Kinderärztliche Praxis*, Sonderheft: 21-25.
- Hornell A et al. (1999). Breastfeeding patterns in exclusively breastfed infants: a longitudinal prospective study in Uppsala, Sweden. *Acta Paed* 88: 1412-1413.
- Horta BL et al. (2015). Breastfeeding and intelligence: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr Suppl.* 104(467): 14-19.
- Howard CR und Lawrence RA (2001). Xenobiotics and breastfeeding. *Pediatr Clin North Am* 48(2): 485-504.
- Huang HC et al. (2004). Body image, maternal-fetal attachment, and choice of infant feeding method: a study in taiwan. *Birth* 31(3): 183-188.
- Huang YY und Huang CM (2006). Nipple confusion and breastfeeding: a literature review. *Abstract, Hu Li Za Zhi* 53(2): 73-79.
- Iglesias Casas S (2008). Sociocultural and healthcare factors influencing the choice and duration of breastfeeding in a regional hospital. *Entern Clin.* 2008 May-Jun; 18(3): 142-6. Article in spanish.
- ILCA (International Lactation Consultant Association). (2000). Leitlinien für das Stillmanagement während der ersten 14 Lebenstage auf wissenschaftlichen Grundlagen. Verband Europäischer Laktationsberaterinnen (VELB), Pfaffstätten/ Österreich.
- Jordan PL und Wall VR (1990). Breastfeeding and fathers: illuminating the darker side. *Birth* 17(4): 210-213.
- Karacam Z. (2008). Factors affecting exlusive breastfeeding of healthy babies aged zero to four months: a community-based study of Turkish women. *Journal J Clin Nurs.* 2008 Feb; 17(3): 341-349; Epub 2007, Nov 14.
- Kark JD et al. (1984). Validity of maternal reporting of breast feeding history and the association with blood lipids in 17 year olds in Jerusalem. *J Epidem Comm Health*, 38: 218-225.
- Kersting M, Dulon M (2002). Fakten zum Stillen in Deutschland. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 150(10): 1196-1201.
- Khassawneh M et al. (2006). Knowledge, attitude and practice of breastfeeding in the north of Jordan: a cross -sectional study. *International breastfeeding journal* 2006, Sep 23; 1-17.

- Ko Y et al. (2015). Inflammatory Bowel Disease Environmental Risk Factors: A Population-Based Case-Control Study of Middle Eastern Migration to Australia. *Clin Gastroenterol Hepatol* 13(8): 1453-1463.
- Koçtürk T (1988). Advantages of breastfeeding according to Turkish mother`s living in Istanbul and Stockholm. *Social science & medicine* 1988, 27(4): 405-10.
- Koçtürk T und Mjones S (1986a). Consumption pattern of infant foods by Turkish immigrants. *Scand J Prim Health Care* 4(1): 13-18.
- Koçtürk TO und Zetterström R (1986). Breastfeeding among Turkish mothers living in suburbs of Istanbul and Stockholm - a comparison. *Journal Acta Paediatr Scand.* 1986 Mar; 75(2): 216-221.
- Koçtürk T und Zetterström R (1999). Thoughts about rates of breastfeeding. *Acta Paediatr* 88: 356-358.
- Koletzko S et al. (1991). Infant feeding practices and ulcerative colitis in childhood. *BMJ* 302: 1580-1581.
- Kollak I und Küpper H (1997). Multikulturalität am Beispiel des Neuköllner Krankenhaus in Berlin. *Curare Sonderband 10 VWB*, Berlin: 115-131.
- Koran Heyne Verlag; Vollständige Ausgabe. 1992.
- Kramer MS (1981). Does breast-feeding and delayed introduction of solid foods protect against subsequent obesity? *J Pediatr* 98: 883-887.
- Kramer MS et al. (1985). Infant determinants of childhood weight and adiposity. *J Pediatr* 107: 104-107.
- Kuan LW et al. (1999). Health system factors contributing to breastfeeding success. *Pediatrics* 104 (3):28.
- Küçükçongar A et al. (2015). Breastfeeding and Childhood Cancer: Is Breastfeeding Preventative to Childhood Cancer? *Pediatr Hematol Oncol.* 32(6): 374-381.
- Kuriniş N und Shiono PH (1991). Early formula supplementation of breastfeeding. *Pediatrics* 88(4): 745-750.
- Labayan J et al. (2012). Association of exclusive breastfeeding duration and fibrinogen levels in childhood and adolescence: the European Youth Heart Study. *Arch Pediatr Adolesc Med* 166(1): 56-61.
- Labbok M (2000). What is the Definition of Breastfeeding. *Breastfeeding Abstracts* 19(3): 19-21.

- Lange H et al. (2007). Distribution, duration and temporal trend of breastfeeding in Germany. Results of the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 50(6): 624-633.
- Leclair E et al. (2015). Factors Associated with Breastfeeding Initiation in Adolescent Pregnancies: A Cohort Study. J Pediatr Adolesc Gynecol 28(6): 516-521.
- Lin H et al. (2014). Protective effect of exclusive breastfeeding against hand, foot and mouth disease. BMC Infect Dis. 4(14): 645.
- LINKAGES (1999). Facts for feeding: Guidelines for appropriate complementary feeding for breastfed children 6-24 months of age. SARA (Support for Analysis and Research in Africa). And AED (Academy for Educational Development). Washington, DC.
- Littman H, Medendorp SV und Goldfarb J (1994). The decision to breastfeed. The importance of father`s approval. Clin Pediatr (phila). 33(4): 214-219.
- Losch M et al. (1995). Impact of attitudes on maternal decisions regarding infant feeding. J Pediatr 126(4): 507-514.
- Lucas A und Cole TJ (1990). Breast milk and neonatal necrotising enterocolitis .Lancet 339: 261-264.
- Mahoney M und James DM (2000). Predictors of anticipated breastfeeding in an urban, low income setting. JFP 49(6): 529-533.
- Martin LA, Renfrew MJ und Wooldridge MW (2000). Additional foods and fluid for breastfed full term infants, Cochrane Database Syst Rev : CD 001238.
- Matheson I und Rivrud GN (1989). The effect of smoking on lactation and infantile colic. JAMA 261: 42-43.
- Matich JR und Sims LS (1992). A comparison of social support variables between women who intend to breast or bottle feed.Soc Sci Med 34(8): 919-927.
- Matthews K et al. (1998). Maternal infant feeding decisions: reasons and influences. Can J NursRes 30(2): 177-198.
- Merten S et al. (2005). Do baby-friendly hospitals influence breastfeeding duration on a national level? Pediatrics 116(5): e702-708.
- Moon JL und Humenick SS (1989). Breast engorgement: contributing variables and variables amenable to nursing intervention. J Obstet Gynecol Neonatol Nurs 18(4): 309-315.
- Mora JO und Nestel PS (2000). Improving prenatal nutrition in developing countries: strategies, prospects, and challenges. Am J Clin Nutr 71 (suppl.): 1353-1363.

- Naggan L et al. (1991). The Bedouin Infant Feeding Study: Study design and factors influencing the duration of breast feeding. *Pediatr Perinat Epidemiol* 1991, Oct; 5(4): 428-44.
- Nehlig A und Debry G (1994). Potential teratogenic and neurodevelopmental consequences of coffee and caffeine exposure: a review on human and animal data. *Neurotoxicol Teratol* 16: 531-543.
- Neifert M, Lawrence R und Seacat J (1995). Nipple confusion: toward a formal definition. *J Pediatr* 126(6):125-129.
- Neyzi O et al. (1991). An educational intervention on promotion of breast feeding. *Paediatric and Perinatal epidemiology*. 1991 Jul, 5(3): 286-98.
- Nickerson LE et al. (2012). Mothers' experience of fathers' support for breast-feeding. *Public Health Nutrition* 15(9): 1780-1787.
- Nylander G (2000). National coordinator role is to advise on the "big picture". *BFHI News*, October/November: 6.
- Oddy WH et al. (1999). Association between breast feeding and asthma in 6 year old children: findings of a prospective birth cohort study. *BMJ* 319: 815-819.
- Onemda (2008). „Vorteile des Stillens“ (Stand: 13. November 2008).
- Pager SR, Davis J und Harrigan R (2008). Prevalance of breastfeeding among a multiethnic population in Hawaii. *Ethnicity& disease*.
- Paky F (2006). Baby im Elternbett – Geborgenheit oder Gefahr? Vorlesung an der Berliner Charité am 29.04.2006.
http://www.kinderumweltgesundheit.de/index2/pdf/aktuelles/10006_1.pdf
(Stand 26.06.2015).
- Papinczak TA und Turner CT (2000). Ana analysis of personal and social factors influencing initiation and duration of breastfeeding in a large Queensland maternity hospital. *Breastfeeding Review* 8(1): 25-33.
- Paricio Talayero JM et al. (2006). Full Breastfeeding and Hospitalization as a Result of Infectiones in the First Year of life, *PEDIATRICS* Vol.118 No. 1 July 2006, pp.e92-e99.
- Peiper A (1992). *Chronik der Kinderheilkunde*. Thieme, Leipzig, Stuttgart, 5. Auflage.
- Peters U et al. (2001). A case-control study of the effect of infant feeding on celiac disease. *Ann Nutr Metab* 45: 135-142.
- Pettitt DJ et al. (1997). Breastfeeding and incidence of non-insulin-dependent diabetes mellitus in Pima Indians. *Lancet* 350: 166-68.

- Pereira PF et al. (2014). Does breastfeeding influence the risk of developing diabetes mellitus in children? A review of current evidence. *J Pediatr (Rio J)* 90(1): 7-15.
- Prasad B und Costello A (1995). Impact and sustainability of a "baby friendly" health education intervention at a district hospital in Bihar, India. *BMJ* 310(6980):621-623.
- Prior E et al. (2012). Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature. *Am J Clin Nutr* 95(5): 1113-1135.
- Raj VK und Plichta SB (1998). The role of Social Support in Breastfeeding Promotion: A Literature Review. *J Hum Lact* 14(1): 41-45.
- Ramirez-Silva J et al. (2015). Breastfeeding status at age 3 months is associated with adiposity and cardiometabolic markers at age 4 years in Mexican children. *Nutr* 145(6): 1295-1302.
- Ravelli AC et al. (2000). Infant feeding and adult glucose tolerance, lipid profile, blood pressure, and obesity. *Arch Dis Child* 82: 248-252.
- Rebhan B et al. (oJ). Initiales Stillen und Gründe für das Abstillen. Ergebnisse der Studie „Stillverhalten in Bayern“. Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit. Online verfügbar unter: http://www.lgl.bayern.de/gesundheitspraevention/kindergesundheit/stillen/doc/stillstudie_ergebnisse.pdf [letzter Zugriff am 25.10.2015].
- Reime B et al. (2000). Welchen Einflussfaktoren unterliegt das Stillen? *Dt. Hebammenzeitschrift* 1/2000: 8-9.
- Riva E et al. (1999). Factors associated with initiation and duration of breastfeeding in Italy. *Acta Paediatr* 88: 411-415.
- Sachdev HP und Mehrotra S (1995). Predictors of exclusive breastfeeding in early infancy: operational implications. *Indian Pediatr* 32(12): 1287-96.
- Sanchez Bayle M et al. (2008). Immigration, breastfeeding and smoking habit. *An Pediatr (Barc)*. 2008 May, 68(5): 462-465 .
- Santos IS et al. (1998). Caffeine intake and pregnancy outcomes: a meta-analytic review. *Cad Saude Publica* 14: 523-530.
- Scherbaum V, Perl FM und Kretschmer U (2003). Stillen. Frühkindliche Ernährung und reproduktive Gesundheit. Deutscher Ärzte-Verlag.
- Schöch G und Kersting M (2001). Normale Ernährung von Neugeborenen, Kindern und Jugendlichen. In: Lentze J, Schulte FJ, Schaub J, Spranger J, (Hrsg.) *Pädiatrie: Grundlagen und Praxis*. Springer Verlag, Berlin, New York, S.173.

- Scott JA und Binns CW (1999). Factors associated with initiation and duration of breastfeeding: a review of the literature. *Breastfeeding review* 7(1): 5-16.
- Shaikh U und Ahmed O (2006). Islam and infant feeding. *Breastfeed Med* 1(3): 164-167.
- Singhal A, Cole TJ und Lucas A (2001). Early nutrition in preterm infants and later blood pressure: two cohorts after randomised trials. *Lancet* 357: 413-419.
- Sorensen E et al. (1998). Exclusive breastfeeding among women on the plantations in Sri Lanka. *J Trop Pediatr* 44: 313-315.
- Strbak V et al. (1991). Late effects of breast-feeding and early weaning: seven year prospective study in children. *Endocr Regul* 25: 53-57.
- Szaiewska H et al. (2015). Systematic review with meta-analysis: early infant feeding and coeliac disease--update 2015. *Aliment Pharmacol Ther.* 41(11): 1038-1054.
- Taittonen L et al. (1996). Prenatal and postnatal factors in predicting later blood pressure among children: cardiovascular risk in young Finns. *Pediatr Res* 40: 627-632.
- Tarrant M et al. (2015). Effect of a hospital policy of not accepting free infant formula on in-hospital formula supplementation rates and breast-feeding duration. *Public Health Nutr* 18(14): 2689-2699.
- The National Board of Health and Welfare (1999). Breastfeeding, children born 1997, Official statistics of Sweden. Stockholm, The National Board of Health and Welfare.
- Thet et al. (2015). Barriers to exclusive breastfeeding in the Ayeyarwaddy Region in Myanmar: Qualitative findings from mothers, grandmothers, and husbands. *Appetite* Sep 4;96:62-69. doi: 10.1016/j.appet.2015.08.044. [Epub ahead of print]
- Tietze KW et al. (1998). Acceptance of breastfeeding and public discussion - Evaluation of Health campaigns for breastfeeding between 1991 and 1995. *Gesundheitswesen* 1998 Mär; 60(3): 154-8. Robert Koch Institut, Berlin.
- Tulldahl J et al. (1999). Mode of infant feeding and achieved growth in adolescence: early feeding patterns in relation to growth and body composition in adolescence. *Obes Res* 7: 431-437.
- Turck D et al. (2013). Breastfeeding: health benefits for child and mother. *Arch Pediatr* 20(Suppl 2): S29-48.
- UNICEF (1999). Breastfeeding: Foundation for a healthy future. Unicef /92-0384 /Lemoyne.

- UNICEF (2001). Zur Situation der Kinder in der Welt. Fischer Taschenbuch: 134-143.
- UNICEF (2007). Progress for Children: A World Fit for Children Statistical Review. No.6. New York.
- Van der Wal MF, de Jonge GA und Pauw Plomp H (2001). Increased percentages of breastfed infants in Amsterdam. Nederlands tijdschrift voor geneeskunde 2001 Aug 18;145(33): 1597-601.
- Vio F, Salazar G und Infante C (1991). Smoking during pregnancy and lactation and its effects on breast-milk volume .Amer J of Clin Nutr 54: 1011-1016.
- Von der Lippe et al. (2014). Factors influencing the prevalence and duration of breastfeeding in Germany: results of the KiGGS study: first follow up (KiGGS Wave 1). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 57(7): 849-859.
- Von Kries R et al. (1999). Breastfeeding and obesity: cross sectional study .BMJ 319: 147-150.
- Walburg V et al. (2008). Midwifery. Breastfeeding initiation and duration .comparison of French and German mothers. 2010 Feb ; 26(1):109-15. doi:10.1016/ j.midw.2008.04.001.Epub2008 Jun9.
- Wang W et al. (2014). Breast-feeding intention, initiation and duration among Hong Kong Chinese women: a prospective longitudinal study. Midwifery 30(6): 678-687.
- Wayland J und Rawlins R (1997). African American teen mothers` perceptions of parenting. J Pediatr Nurs 12(1): 13-20.
- Weiser TM et al. (2009). Association of maternal smoking status with breastfeeding practices: Missouri, 2005. Pediatrics 124(6): 1603-1610.
- Weissenborn A et al. (2015). Breastfeeding Rates and Duration in Germany - A Systematic Review. Gesundheitswesen 3 [Epub ahead of print].
- WHO (1998). Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge. Geneva, WHO/NUT/98.1: 40-41.
- WHO (2000). Feeding and Nutrition of Infants and Young Children: Guidelines for the WHO European Region with emphasis on the former Soviet Countries, WHO Regional Publications European Series, No. 87 (Seite 131 und 146).
- WHO (2000). Nutrition for health and development: A global agenda for combating malnutrition. WHO/NDH/00.6.
- WHO (2001). Global data base on breastfeeding. http://www.who.int/nut/db_bfd.htm.

- WHO Europa (2015). Europäische Region der HO hat die niedrigsten Stillraten weltweit.
online verfügbar unter:
<http://www.euro.who.int/de/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-health/news/news/2015/08/who-european-region-has-lowest-global-breastfeeding-rates>
[zuletzt am 09.12.2015].
- WHO/UNICEF Baby Friendly Hospital Initiative (1992). Zehn Schritte zum erfolgreichen Stillen. http://www.stillen.at/images/pdfs/10_Schritte.pdf;
Stand vom 16.04.2013.
- WHO-Metastudie (2007). Evidence on the long-term effects of breastfeeding.
- WHO-UNICEF (1989). Schutz, Förderung und Unterstützung des Stillens :die besondere Rolle der Mütterfürsorge. Genf, Schweiz.
- WHO-UNICEF (1990). Innocenti Declaration on the protection, promotion and support of breastfeeding Breastfeeding in the 1990s: A global initiative. Florence, Italy.
- Wilson AC et al. (1998). Relation of infant diet to childhood health: seven year follow up of cohort of children in Dundee infant feeding study. *BMJ* 316:21-25.
- World Health Organization (WHO). (1995). The World Health Organization's infant-feeding recommendation. *WHO Weekly Epidemiological Record* 17: 117-220.
- Xu F et al. (2006). A comparison of breastfeeding among Han, Uygur and other ethnic groups in Xinjiang, PR China. *BMC Public Health*.
- Xu F et al. (2010). Paternal smoking and breastfeeding in Xinjiang, PR China. *J Hum Lact* 26(3): 242-247.
- Yamakawa M et al. (2015). Breast-feeding and hospitalization for asthma in early childhood: a nationwide longitudinal survey in Japan. *Public Health Nutr.* 18(10): 1756-1761.
- Young KT et al. (1998). Listening to parents. A national survey of parents with young children. *Arch Pediatr Adolesc* 152(3):255-262.
- Young SA und Kaufmann M (1988). Promoting breastfeeding at a migrant health center. *Am J Public Health.* 1988 May; 78(5): 523-525.
- Zimmerman DR (1999). You can make a difference: increasing breastfeeding rates in an inner-city clinic. *J Hum Lact* 15(3): 217-220.
- Zur M et al. (2004). Breastfeeding patterns according to ethnic origin in two well Child-Care Clinics in BeerSheva and Ofakim. *Harefaah* 2004 Jul; 143 (7): 475-8,551.

Anhang - Promotion des Stillens

Die Initiative Stillfreundliches Krankenhaus (WHO/UNICEF Baby Friendly Hospital Initiative) hat folgende Leitlinien für erfolgreiches Stillen entwickelt, die überall, wo Entbindungen vorgenommen und Babys nach der Geburt betreut werden, angewandt werden sollen:

„Zehn Schritte zum erfolgreichen Stillen“

Schritt 1

Schriftliche Richtlinien zur Stillförderung innehaben, die dem gesamten Pflegepersonal in regelmäßigen Abständen nahegebracht werden.

Schritt 2

Das gesamte Mitarbeiterteam in Theorie und Praxis so schulen, dass es diese Richtlinien zur Stillförderung mit Leben erfüllen kann.

Schritt 3

Alle schwangeren Frauen über die Vorteile und die Praxis des Stillens informieren.

Schritt 4

Müttern ermöglichen, ihr Kind innerhalb der ersten Stunde nach der Geburt anzulegen.

Schritt 5

Den Müttern das korrekte Anlegen zeigen und ihnen erklären, wie sie ihre Milchproduktion aufrechterhalten können, auch im Falle einer Trennung von ihrem Kind.

Schritt 6

Neugeborenen Kindern weder Flüssigkeiten noch sonstige Nahrung zusätzlich zur Muttermilch geben, wenn es nicht aus gesundheitlichen Gründen angezeigt scheint.

Schritt 7

Rooming-in praktizieren - Mutter und Kind erlauben zusammenzubleiben - 24 Stunden am Tag.

Schritt 8

Zum Stillen nach Bedarf ermuntern.

Schritt 9

Gestillten Kindern keinen Gummisauger oder Schnuller geben.

Schritt 10

Die Entstehung von Stillgruppen fördern und Mütter bei der Entlassung aus der Klinik oder Entbindungseinrichtung mit diesen Gruppen in Kontakt bringen.“

(Offizielle Übersetzung, genehmigt von der WHO Kopenhagen 1992, siehe auch: http://www.stillen.at/images/pdfs/10_Schritte.pdf; Stand vom 16.04.2013).

Anhang – Fragebogen

Bearbeitungsnummer:

Datum:

Nachname: _____

Vorname: _____

Geburtsname: _____

Geburtsdatum: _____

1.

	Mutter	Vater
Nachname, Vorname		
Geburtsname		
Geburtsdatum		
Geburtsort		
Bildungsstand		

2. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand während der Schwangerschaft/ Stillzeit beschreiben?

	Schwangerschaft	Stillzeit
ausgezeichnet	()	()
sehr gut	()	()
weniger gut	()	()
schlecht	()	()

3. Hatten Sie schwangerschaftsspezifische Komplikationen? Ja () Nein ()

Wenn ja, welche _____

4. Haben Sie während der Schwangerschaft Tabak, Alkohol, Medikamente, Drogen oder sonstiges eingenommen?

Tabak	Ja ()	Nein ()	Menge
Alkohol	Ja ()	Nein ()	Menge
Medikamente	Ja ()	Nein ()	Menge
Drogen	Ja ()	Nein ()	Menge
Kaffee	Ja ()	Nein ()	Menge
Schwarzer Tee	Ja ()	Nein ()	Menge

5. Dauer der Schwangerschaft? (in Wochen) _____

6. Geburtsdaten

Geburtsgewicht (gr)	_____
Geburtslänge (cm)	_____
Kopfumfang	_____

7. Reif () Unreif ()

8. Gesund () Nicht gesund ()

wenn nicht gesund, was für Krankheiten ?

9. Infektionen

Ja () Nein ()

- () Durchfallserkrankungen
- () Mittelohrentzündungen
- () Infektionen der oberen Luftwege
- () Sonstiges

10. Allergien

	Selber	Mutter	Vater	Selber	Mutter	Vater	Kind
Ekzem							
Urtikaria							
Asthma							
Nahrungsmittelunverträglichkeit							
Allergische Rhinitis							

11. Haben Sie gestillt?

Ja () Nein ()

Wenn nein, wegen

- () Krankheit _____
- () Operation _____
- () unzureichender Muttermilch
- () dem Gedanken, unzureichende Muttermilch zu haben
- () Arbeit
- () nachfolgender Geburt
- () des ästhetischen Aussehens Ihrer Brüste
- () Anomalie der Brüste
- () Kieferanomalie des Babys
- () Krankheiten des Kindes
- () Trinkfaulheit
- () Andere _____

12. Wollen Sie eigentlich stillen? Ja () Nein()

13. Wenn ja, warum wollten Sie eigentlich stillen? _____

14. Wann haben Sie zum ersten Mal gestillt? _____

15. Haben Sie bis zum Milcheinschuss nach der Geburt Tee oder Glucose gegeben?

Ja () Nein ()

16. Wie lange haben Sie gestillt? _____

17. Hatten Sie einen Stillrhythmus ?

Ja () Nein ()

() 3 Stunden Rhythmus

() 4 Stunden Rhythmus

() 5 Stunden Rhythmus

18. Haben Sie nach seinem Unruhig-werden, Weinen, Schreien gestillt?

Ja () Nein ()

19. Stilldauer? _____ min

20. Genügend Muttermilch

Ja () Nein ()

wenn Nein, welches Merkmal _____

21. Ergänzung von Vitaminen und Mineralstoffen für das Kind:

Ja () Nein ()

() Vitamin D

() Fluorid

() Eisenpräparate

() _____

22. Menge und Art der Getränke, die Sie während des Stillens getrunken haben:

() Wasser _____

() Kräutertee _____

() Schwarzer Tee _____

() Kaffee _____

() Cola, Limo _____

() Obstsaft _____

23. Ernährung während der Stillzeit

	Ernährung	Getränke
Frühstück		
Zwischenmahlzeit		
Mittagessen		
Zwischenmahlzeit		
Abendessen		

- | | |
|---------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> süß | <input type="checkbox"/> fettreich |
| <input type="checkbox"/> salzig | <input type="checkbox"/> normal |
| <input type="checkbox"/> scharf | <input type="checkbox"/> fettarm |

24. Waren Sie berufstätig während des Stillens? Ja() Nein()

wenn Ja, was _____

25. Haushaltsarbeit (24h)

26. Gründe für den Zeitpunkt des Zufütterns oder des Abstillens:

27. Beginn der Flaschennahrung: _____

Art	Häufigkeit	Menge

28. Haben Sie Ihr Kind nach dem Zufüttern weiter gestillt?

Ja () Nein ()

29. Beginn der Breifütterung: _____

Art	Häufigkeit	Menge

30. Wann haben Sie auf feste Nahrung umgestellt? _____

31. Konsistenz, Eigenschaft, Häufigkeit des Stuhlganges beim Brustkind/ Flaschenkind:

		Brustkind	Flaschenkind	Brei	Feste Nahrung
Konsistenz	Hart				
	Weich				
	Dünn				
	Flüssig				
Frequenz	1x/ 2 Tage				
	1x/ 3 Tage				
	1x/ 4 Tage				
	1x/ 6 Tage				
Eigenschaft	Grün				
	Gelb				
	Braun				
	Flockig				
	Schaumig				

32. Haben Sie Unterstützung zum Stillen erfahren?

Ja () Nein ()

wenn ja, von wem?

- | | |
|-----------------|----------------------|
| () Mann | () Ärzte |
| () Eltern | () Hebammen |
| () Geschwister | () Krankenschwester |
| () Freunde | () Umgebung |
| () Nachbarn | () Andere |

33. Haben Sie weitere Informationen über das Stillen erhalten?

Ja () Nein ()

- () Werbung (TV)
- () Reklame
- () Zeitschriften
- () Bücher

34. Hatten Sie vorher eigene Erfahrungen mit dem Stillen? Ja () Nein ()

Wenn Ja, woher? _____

35. Gibt es Vorteile für das Stillen? Nennen Sie Vorteile des Stillens.

Ja () Nein ()

- | | |
|------------------------------|-----------------------------------|
| () Optimale Zusammensetzung | () Gebärmutterrückbildung |
| () gegen Allergie | () verringertes Brustkrebsrisiko |
| () gegen Infekte | () Zahnfehlstellung |
| () Kieferentwicklung | () Empfängnisverhütung |
| () Hirnreifung | () Mutter-Kind Kontakt |
| () Andere _____ | |

36. Körperwachstum:

	Gewicht	Länge	Kopfumfang
Geburt			
4-5 Monate			
12 Monate			
24 Monate			

37. Außergewöhnliches bei der Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen (U1-U2)

Motorische Entwicklung Ja () Nein () wenn ja, was für _____
 Sprachentwicklung Ja () Nein () wenn ja, was für _____
 Soziale Entwicklung Ja () Nein () wenn ja, was für _____

38. Dauer und Schlafgewohnheiten des Kindes

am Tag Ja () Nein () Dauer _____
 in der Nacht Ja () Nein () Dauer _____
 übliche Schlafzeiten _____

39. Wie viele Zimmer hat die Wohnung, in der Sie leben?

- () 1 Zimmer
- () 2 Zimmer
- () 3 Zimmer
- () Mehr Zimmer
- () Eigentumswohnung
- () Eigentumshaus

40. Krankengeschichte der im Elternhaus lebenden Personen:

Mutter _____
 Vater _____
 Geschwister _____
 Verwandte 1. Grades _____

41. Arbeitsrhythmus der Eltern

Mutter		Vater
()	Frühschicht	()
()	Spätschicht	()
()	Normalschicht	()
()	Wechselschicht	()

42. Blutsverwandt ?

Ja () Nein ()

43. Erbkrankheiten ?

Ja () Nein ()

Wenn Ja, welche _____

Erklärung zur Dissertation

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne unzulässige Hilfe oder Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Textstellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder nichtveröffentlichten Schriften entnommen sind, und alle Angaben, die auf mündlichen Auskünften beruhen, sind als solche kenntlich gemacht. Bei den von mir durchgeführten und in der Dissertation erwähnten Untersuchungen habe ich die Grundsätze guter wissenschaftlicher Praxis, wie sie in der „Satzung der Justus-Liebig-Universität Gießen zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis“ niedergelegt sind, eingehalten sowie ethische, datenschutzrechtliche und tierschutzrechtliche Grundsätze befolgt. Ich versichere, dass Dritte von mir weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten haben, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen, oder habe diese nachstehend spezifiziert. Die vorgelegte Arbeit wurde weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde zum Zweck einer Promotion oder eines anderen Prüfungsverfahrens vorgelegt. Alles aus anderen Quellen und von anderen Personen übernommene Material, das in der Arbeit verwendet wurde oder auf das direkt Bezug genommen wird, wurde als solches kenntlich gemacht. Insbesondere wurden alle Personen genannt, die direkt und indirekt an der Entstehung der vorliegenden Arbeit beteiligt waren. Mit der Überprüfung meiner Arbeit durch eine Plagiatserkennungssoftware bzw. ein internetbasiertes Softwareprogramm erkläre ich mich einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift
Suzan Gökmen Sepetcigil

Danksagung

Ich danke Herrn Professor Dr. med. Michael Krawinkel für die freundliche Überlassung des Themas und die Betreuung während der Durchführung der Dissertation. Mein besonderer Dank gilt den stillenden Müttern, die sich an der Fragebogenerhebung beteiligt haben. Ohne ihre Bereitschaft zur Mitarbeit wäre diese Studie nicht möglich gewesen.

Ich danke meinen Eltern, meiner Familie und meinem Ehemann, die mich jederzeit unterstützt haben.